POLIROM

Peter J. Hawkins

HIPNOZA ŞI STRESUL





Ghid pentru clinicieni



PSIHOLOGIE CLINICĂ ŞI PSIHOTERAPIE

Ghid practic privind utilizarea hipnozei în tratamentul pacienților ce suferă de o gamă largă de tulburări legate de stres, lucrarea combină metodele tradiționale ale hipnozei cu abordarea ericksoniană și a lui Rossi privind hipnoterapia. Sunt oferite îndrumări detaliate privind desfășurarea interviului clinic, exemple referitoare la pregătirea pacientului pentru hipnoză, modele de „scenarii" clinice ce pot fi folosite în cadrul ședințelor de hipnoză etc. De asemenea, sunt recomandate anumite tipuri de intervenții pentru diversele tulburări legate de stres la adulți și copii, precum anxietatea, disfuncțiile sexuale, insomnia etc. Volumul se adresează consilierilor psihologici, psihoterapeuților, psihiatrilor, psihologilor și medicilor, dar și hipnoterapeuților experimentați.

Ședința hipnotică • Întărirea eului • Sugestia directă și autohipnoza • Abordările ericksoniene • Abordările hipnoanalitice • Tratamentul problemelor specifice • Renunțarea la fumat • Sindromul de stres posttraumatic • Copiii și familia

Foto copertă © Dreamstime.com

EDITURA POLIROM


ISBN 978-973-46-1326-7

9789734613267

www.polirom.ro



PSIHOLOGIE CLINICĂ ŞI PSIHOTERAPIE

Colecţia *Psihologie clinică şi psihoterapie* este coordonată de Ion Dafinoiu.

Peter J. Hawkins, *Hypnosis and Stress. A Guide for Clinicians*

www.polirom.ro

Editura POLIROM
Iaşi, B-dul Carol I nr. 4; P.O. BOX 266, 700506
Bucureşti, B-dul I.C. Brătianu nr. 6, et. 7, ap. 33, O.P. 37;
P.O. BOX 1-728, 030174

Descrierea CIP a Bibliotecii Naţionale a României:

HAWKINS, PETER J.

Hipnoza şi stresul : ghid pentru clinicieni / Peter J. Hawkins ; trad. de Oana Maria Popescu ; cuvânt înainte de Nikitas Polemikos. – Iaşi : Polirom, 2009

Bibliogr.
Index

ISBN 978-973-46-1326-7

I. Popescu, Oana Maria (trad.)
II. Polemikos, Nikitas (cuvânt înainte)

Printed in ROMANIA

Peter J. Hawkins

Hipnoza şi stresul

Ghid pentru clinicieni

Traducere de Oana Maria Popescu

Cuvânt înainte de Nikitas Polemikos

POLIROM
2009

Nepoatei mele, Ellie.
Fie ca ea să aibă o viaţă fericită şi plină de succese.

Cuprins

Lista intervenţiilor de hipnoză clinică

Despre autor

Peter Hawkins este director fondator, iar în prezent preşedinte al Şcolii Europene de Psihoterapie. De asemenea, este profesor consultant în hipnoză şi psihoterapie la ISMAI, în Portugalia. În ultimii 30 de ani a fost implicat în formarea în hipnoză şi psihoterapie în multe ţări ale lumii, iar în prezent predă cursuri pentru clinicieni în Italia, Spania şi Portugalia. A scris cărţi despre hipnoterapie, traduse în mai multe limbi, cum ar fi rusă, chineză, greacă şi spaniolă, precum şi numeroase lucrări şi comunicări ştiinţifice. Este co-director a două Institute Erickson, în Madrid şi nordul Portugaliei (Porto), şi membru în Consiliul Editorial al *Revistei Europene de Hipnoză Clinică*. A fost psiholog şi consilier clinician autorizat şi a condus mai multe proiecte ale Uniunii Europene în domeniul consilierii şi psihologiei sănătăţii în România, Uzbekistan şi ţări din Europa de Vest. A prezentat numeroase lucrări şi workshopuri la conferinţe internaţionale.

Cuvânt înainte

Dr. Hawkins pare să adere la aserţiunea hipocratică potrivit căreia „nimic nu ar trebui omis într-o artă de care e interesată întreaga lume, ce poate fi benefică umanităţii care suferă şi care nu afectează viaţa sau confortul uman”. De fapt, hipnoza aplicată adecvat de către clinicienii cu experienţă poate fi benefică multor persoane aflate în suferinţă şi poate amplifica bunăstarea umană. Nu există nici o dovadă a faptului că hipnoza este în vreun fel dăunătoare vieţii umane. Este adevărat că, de-a lungul timpului, hipnoza a fost prost înţeleasă. Totuşi, în ciuda controverselor care o înconjoară, interesul pentru hipnoză a început să se manifeste din nou, mai ales în a doua parte a secolului XX, atât în aplicaţiile sale ştiinţifice, cât şi în cele clinice.

Dr. Hawkins a predat la numeroase universităţi şi a fost implicat mulţi ani în studiul hipnozei. A călătorit foarte mult pentru a participa la congrese ştiinţifice şi pentru a preda arta şi ştiinţa hipnozei în toate părţile lumii, a susţinut cursuri, a condus seminarii şi a demonstrat aplicabilitatea ei studenţilor şi absolvenţilor de psihologie, precum şi psihoterapeuţilor practicieni şi celor aflaţi în formare, medicilor şi altor profesionişti din domeniul sănătăţii umane. A vizitat majoritatea ţărilor europene, Irlanda, Portugalia şi Spania, apoi Europa Centrală şi Finlanda, Italia şi Grecia. A predat de asemenea în Balcani, Asia Centrală, America de Nord şi Extremul Orient.

Dr. Hawkins a coordonat numeroase programe europene interuniversitare în domeniul psihoterapiei şi este cofondator al Şcolii Europene de Psihoterapie. La sugestia colegilor din Grecia, a realizat o

introducere în hipnoza clinică, publicată în limba greacă şi bine primită de comunitatea ştiinţifică din această ţară şi de publicul cititor. Deşi lucrarea se adresează în primul rând clinicienilor practicieni şi mai ales celor interesaţi de psihoterapie, ea poate fi utilă şi lămuritoare pentru cititorul erudit şi pentru cei care doresc să ştie mai multe despre procesul de vindecare.

În această carte, destinată atât neiniţiaţilor, cât şi clinicienilor cu experienţă, Dr. Hawkins prezintă cu abilitate o integrare a abordărilor tradiţionale bazate pe sugestie cu cele mai permisive ale lui Erickson şi Rossi, promovând o nouă direcţie de cercetare. Autorul prezintă tehnici de hipnoză sofisticate şi utile pentru inducţie şi gestionarea unei game largi de probleme legate de stres, subliniind importanţa metaforelor şi a poveştilor în terapie, pentru că ele pot facilita alianţa terapeutică, pot stimula activitatea inconştientă şi pot permite persoanei să îşi dezvolte stima de sine şi confortul personal.

Cele şase studii de caz şi numeroasele tehnici prezentate în carte sunt de interes special, deoarece reprezintă abordări terapeutice diferite ale unor probleme specifice şi oferă clinicianului idei variate pentru gestionarea întăririi eului şi încurajarea catharsisului, pentru găsirea resurselor interioare, gestionarea stresului, controlul durerii, al tulburărilor de somn şi disfuncţiilor sexuale, pentru enurezis, sindromul de stres posttraumatic şi aşa mai departe. Într-adevăr, toate problemele discutate sunt legate de stres şi au fost atent selectate pentru a demonstra că abordările psihoterapeutice sunt adecvate. Dr. Hawkins face referire la psihoneuroimunologie, un domeniu de interes aparte, prezentând dovezi ample ale cercetărilor contemporane care pun în legătură stresul cu sistemul imunitar.

Autorul se concentrează asupra unei serii de aspecte şi abordează probleme importante, de obicei trecute cu vederea sau ignorate în alte cărţi. Printre acestea, se numără gestionarea catharsisului şi factorii curativi în psihoterapie. El argumentează punctul de vedere conform căruia fiecare persoană are potenţialul de a se implica într-o căutare inconştientă şi de a aduce la suprafaţă resursele şi capacităţile inconştiente pentru rezolvarea problemelor sale. Răspunsul pentru fiecare problemă se află în interiorul individului. Terapeutul

acţionează doar ca facilitator, având rolul de a încuraja individul să abandoneze postura de pacient şi să asiste persoana în descoperirea şi utilizarea acestui potenţial intern prin asumarea unui rol activ în propriul tratament. Clinicienii vor găsi în această carte numeroase materiale ce conţin o sursă veritabilă de *insight*-uri psihologice care să îi ajute să identifice şi să utilizeze propriile resurse creatoare în activitatea terapeutică.

Trebuie subliniat faptul că trecerea în revistă făcută de dr. Hawkins asupra lucrărilor disponibile este de actualitate şi foarte amănunţită. Aceasta acoperă problemele teoretice şi dezbaterile importante, precum şi rapoarte clinice şi experimentale interesante. Remarcăm preocuparea sa în examinarea adecvării şi validităţii diferitelor abordări terapeutice, întrucât aceasta ajută la înlăturarea tuturor concepţiilor greşite referitoare la posibilităţile şi limitele inerente hipnozei. O asemenea abordare critică este importantă nu numai pentru statutul ştiinţific al hipnozei, ci şi pentru terapeuţii care doresc să evalueze şi/sau să aplice intervenţii hipnoterapeutice valide şi eficace în practica lor terapeutică.

Deşi autorul se referă extensiv la cercetările cantitative pentru a sprijini aplicarea intervenţiilor hipnotice eficace, în acelaşi timp, el pune sub semnul întrebării aprecierea exagerată şi utilizarea exclusivă a unor asemenea abordări unilaterale, mai ales în cercetarea psihoterapeutică. El subliniază beneficiile aplicării unor modele mai calitative în cercetare, care să fie predominant hermeneutice sau interpretative, deoarece implică acţiunile şi experienţele subiective ale pacientului în contextul colaborării sale cu terapeutul. Autorul recunoaşte rolul complementar al celor două abordări şi încurajează clinicienii să utilizeze atât metodele de cercetare calitative, cât şi pe cele cantitative pentru a-şi evalua activitatea terapeutică.

Mulţi dintre noi am fost martori şi am fost impresionaţi de utilizarea eficientă a hipnozei de către autor, cu folosirea procedurilor catharctice şi psihodinamice utilizate pentru a ajuta pacientul să descopere şi să aducă la lumină originea evenimentelor şi experienţelor traumatice. În practica terapeutică, dr. Hawkins demonstrează de asemenea eficacitatea utilizării abordărilor tehnice

integrative pentru tratamentul unei game largi de probleme legate de stres. Considerăm că cititorul acestei cărţi va aprecia talentul autorului şi va înţelege mai bine rolul important al hipnozei moderne aflate la dispoziţia clinicianului pregătit în acest sens.

Nikitas Polemikos, doctor în ştiinţe
profesor de psihologie la Universitatea Egee, Grecia

Prefaţă

Nu pot pretinde că ştiu prea multe despre grădinărit. Dar ştiu că îngrijirea atentă a pământului şi atenţia specială acordată vegetaţiei tinere poate duce la obţinerea unor plante mai sănătoase. Seminţele sunt plantate cel mai bine într-un mediu care oferă bune condiţii de creştere, acolo unde există un echilibru între constituenţii solului, iar apa şi căldura sunt disponibile în mod optim. În condiţiile potrivite, sămânţa germinează şi un mic lăstar verde iese din pământ. Pe măsură ce mica plantă este udată de ploile de primăvară şi apoi se bucură de soarele verii, ea creşte tot mai puternică şi va face boboci mici, care în final se vor transforma în flori. Odată cu trecerea verii se coc fructele, schimbându-şi culoarea din verde în galben şi apoi în roşu, iar în cele din urmă cad pe pământ, unde seminţele germinează din nou şi înfloresc. Astfel, procesul de creştere începe din nou : primăvara ia locul iernii, vara pe al primăverii, toamna pe al verii şi din nou iarnă – un ciclu continuu de schimbări, uneori aproape imperceptibile. În acelaşi loc, şi totuşi într-un loc diferit în timp, spaţiu şi evoluţie !

Această carte este scrisă în primul rând pentru clinicienii practicieni (psihologi, medici, dentişti, consilieri şi psihoterapeuţi), scopul ei nefiind acela de a dezbate teoriile actuale din hipnoză, deşi acordăm o atenţie deosebită bazelor teoretice ale intervenţiilor, precum şi cercetărilor din domeniu. Pentru a ajuta clinicianul care începe să înveţe tehnicile hipnozei, sunt furnizate pe parcursul textului o serie de „intervenţii clinice” prescurtate, nu numai pentru inducţia „transei”, ci şi pentru exemplificarea intervenţiilor psihologice. Totuşi, trebuie să amintim că aceste intervenţii prescurtate nu trebuie urmate

întocmai. Ele pot fi folosite ca „model" pentru a construi intervenţii noi şi de obicei mai lungi, adaptate pacientului şi problemelor sale. Hipnoterapeuţii cu experienţă încep să aibă încredere în creativitatea lor şi în propriul „terapeut intern", precum şi în utilizarea „terapeutului pacientului". În final, sperăm ca practicianul să uite în întregime modelele de intervenţii şi să facă doar „terapie", la fel cum muzicienii improvizează, „cântând pur şi simplu muzica din inimă". Cu toate acestea, improvizaţiile muzicianului se bazează pe cunoaşterea temeinică a structurilor muzicale şi a tehnicilor şi pe multe ore de experienţă. În consecinţă, este acceptat faptul că nu există un standard pentru a face hipnoterapie şi, astfel, este imposibil de scris un manual de tipul *do it yourself* pentru clinicieni şi pacienţi.

Principalul scop al acestei lucrări este de a stimula creativitatea interioară şi imaginaţia clinicienilor practicieni, astfel încât să poată ajuta mai bine pacienţii în utilizarea propriilor resurse pentru a găsi soluţii la problemele lor legate de stres. Trebuie subliniat însă că formarea adecvată în psihoterapie este o cerinţă preliminară pentru practicarea hipnozei, indiferent dacă practicianul este psiholog, medic, psihiatru, dentist sau asistent social. În lumina acestei afirmaţii, se acordă o atenţie deosebită discutării unor probleme adesea ignorate în cărţile de hipnoză ; de exemplu, gestionarea catharsisului şi importanţa factorilor curativi comuni în psihoterapie.

În contextul intervenţiilor clinice, am încercat să ofer o perspectivă holistică şi integrativă care să combine abordările tradiţionale cu cele ericksoniene. Deşi există puţine studii „ştiinţifice" în sprijinul multor intervenţii clinice propuse, se poate argumenta că ele sunt valide clinic prin faptul că pacienţii se însănătoşesc adesea chiar fără să ştie din ce motiv. Cu toate acestea, numărul studiilor ce arată eficacitatea hipnozei clinice este în rapidă creştere şi am făcut referire la cercetări recente oricând a fost posibil.

Abordarea practică a hipnozei clinice adoptată în această carte, atât în context psihoterapeutic, cât şi în contextul medical mai tradiţional, este o încercare de aplicare a unui principiu democratic şi reciproc implicând alegerea şi autodeterminarea, în care pacientul şi terapeutul lucrează împreună pentru a găsi soluţii. Acest punct de

vedere susţine ideea că pacienţii au resurse conştiente şi inconştiente disponibile, dar au nevoie de asistenţă din partea unui facilitator pentru a-i ajuta „să-şi cânte propriul cântec”. De asemenea, individul participă la propria „boală” şi, în consecinţă, la propria vindecare printr-o combinaţie de factori mentali, fizici şi emoţionali. Influenţa cercetării lui Erickson şi Rossi este evidentă pe tot parcursul cărţii, deşi admitem faptul că şi teoriile, practicile şi cercetările provenite din psihoterapia generică şi-au adus o contribuţie semnificativă. Este important de menţionat că învăţarea experienţială furnizată de pacienţii şi studenţii mei de-a lungul multor ani în care am practicat ca hipnoterapeut a fost extrem de semnificativă în dezvoltarea protocoalelor clinice.

Unele studii de caz prezentate în carte au avut loc într-un singur workshop. Demonstraţiile în faţa unui grup de profesionişti asigură un mediu excelent pentru hipnoza clinică, deoarece angajarea în munca efectuată public este în mod cert stimulatoare şi captivantă. Mesmer a înţeles acest lucru, întrucât cele mai multe dintre „miracolele” sale de vindecare au fost realizate în faţa unui grup. Însă trebuie să recunoaştem că pentru majoritatea pacienţilor care au probleme legate de stres, adesea cu un istoric complex, psihoterapia necesită mai mult de o şedinţă, poate chiar un număr considerabil de şedinţe. Nu am încercat să ofer prescripţii în ceea ce priveşte numărul de şedinţe necesare pentru probleme specifice, pentru că există prea multe variabile implicate, legate de pacient, de problemă, de cadrul general şi de strategia globală de tratament. Fiecare clinician, în colaborare cu pacientul, este cel mai bun judecător al numărului de şedinţe necesare, al frecvenţei lor şi al duratei incluse într-un contract iniţial, precum şi al numărului şi frecvenţei „şedinţelor de urmărire”. La sfârşitul zilei, terapia „va dura atât cât durează”, ţinând cont de faptul că „nu îi putem câştiga pe toţi”. Erickson (1977) rezumă acestea astfel :

> Intervenţia trebuie făcută încet, treptat, astfel încât să poată fi asimilată. Avem nevoie zilnic de un anumit număr de calorii, dar nu le înghesuim pe toate la micul dejun ; dacă procedaţi astfel, vă va durea stomacul. Repartizaţi-le de-a lungul mai multor mese şi nu le înghesuiţi într-o

singură îmbucătură. Luaţi mai multe îmbucături. Acest lucru este valabil şi în psihoterapie, aşa cum vă va spune oricine are pregătire analitică. Intraţi încet în problemă, uşor şi blând. În cadrul psihoterapiei hipnotice, abordaţi totul pe cât de încet sau de repede poate îndura pacientul (p. 20).

Titlul *Hipnoza şi stresul* este atât de cuprinzător, încât aproape toate domeniile hipnozei ar fi putut să fie incluse, fapt pentru care această carte ar fi devenit copleşitoare. Se poate argumenta că toate problemele psihologice şi fizice specifice condiţiei umane au un element legat de stres în ceea ce priveşte etiologia, adaptarea, examinarea diagnostică, aşteptarea şi primirea diagnosticului, tratamentul şi teama de revenire a bolii. Jung (1938/1969) ne reamintea de aceste lucruri într-o manieră mai degrabă ironică :

Poţi spune, de exemplu, că viaţa este o boală cu prognostic foarte prost : durează ani de zile, sfârşindu-se invariabil cu moartea ; sau că normalitatea este un defect constituţional general ; sau că omul este un animal cu un creier care a crescut fatal şi peste măsură. Acest tip de gândire este prerogativul veşnicului cârcotaş cu digestie proastă (pp. 64-65, par. 167).

Chestiunile discutate şi problemele legate de stres care au fost descrise în carte au fost alese în primul rând deoarece sunt o reflectare a propriei activităţi clinice cu pacienţii pe o durată de aproape trei decenii. Există bineînţeles omisiuni în ceea ce priveşte probleme şi aspecte specifice (de exemplu, dependenţa, problemele cardiovasculare), dar sper că există suficiente repere care să permită clinicienilor să folosească hipnoterapia cu propriii pacienţi. Deşi lucrarea nu se vrea a fi un ghid clinic complet pentru înlocuirea a ceea ce practicienii fac deja, sper că va permite clinicienilor să devină profesionişti mai creativi şi mai intuitivi în cadrul propriei sfere de expertiză.

Pe parcursul cărţii mă voi referi la persoana hipnotizată sau despre care se discută folosind termenul *pacient* în loc de mai puţin peiorativul *client*, ceea ce poate părea ciudat în cadrul fenomenologic-umanist descris mai sus. Dar multe dintre simptomatologiile

adresate şi intervenţiile sugerate sunt la fel de relevante pentru medici ca şi pentru consilieri şi psihologi, care de obicei preferă termenul *client*. Mai mult, „pacienţii" la care se face referire sunt consideraţi responsabili de propriile probleme de sănătate şi de vieţile lor. Într-adevăr, una dintre doctrinele abordării globale filozofice este autohipnoza şi autodeterminarea.

Recent, mă plimbam prin vechiul port din Chania în Creta când am observat că pe un zid în partea veche a oraşului era scris : „Sunt sigur numai de un lucru pe care îl ştiu. Lucrul pe care îl ştiu este că nu ştiu nimic". Această frază, scrisă în neogreacă, este o parafrază a faimosului dicton antic atribuit lui Socrate. Consider că aceasta este atitudinea potrivită pentru toţi psihoterapeuţii, atât înainte de formare, cât şi după aceea. După o practică de o viaţă a psihoterapiei, aceasta este încă o afirmaţie adevărată, deoarece îmi dau seama şi mai mult care sunt limitele cunoştinţelor mele. Formarea în psihoterapie nu se sfârşeşte niciodată. Sper ca această carte să ofere clinicienilor informaţii care să le permită să devină „tehnicieni" mai buni, dar, mai presus de orice, să devină mai creativi, plini de compasiune şi etică, capabili să îşi folosească propria inspiraţie interioară şi propriile resurse pentru a asista şi facilita vindecarea pacienţilor.

Pe măsură ce consultaţi sau citiţi această carte, veţi deveni probabil tot mai conştienţi de contradicţiile, paradoxurile, inconsistenţele, confuziile, repetiţiile şi întrebările fără răspuns care sunt cuprinse în ea. Într-adevăr, se poate susţine că lucrarea este o metaforă pentru felul în care sunt organizate vieţile noastre personale şi lumea în general. Această afirmaţie se poate aplica şi în domeniul psihoterapiei şi hipnoterapiei.

Există momente în care, ca „artişti", recunoaştem că inspiraţia şi creativitatea noastră internă nu curge liber, că improvizaţia creativă lipseşte, iar inovaţia şi spontaneitatea sunt în stare de repaus. În aceste momente, simţim că vrem să abandonăm şi să devenim şoferi de camion, să ne luăm o vacanţă sau pur şi simplu să nu facem nimic. Poate că este o gândire bună – să fiţi capabil să recunoaşteţi că nu suntem zei şi că nu putem umbla pe apă, că nu putem facilita

procesul de vindecare pentru fiecare pacient. Să ne luăm timp liber din ceea ce până la urmă constituie o întreprindere foarte stresantă este probabil ceva valoros, pentru că, dacă noi nu ne îngrijim de noi înşine, atunci cine să o facă? Un timp pentru refacere, o canapea de relaxare pot permite ca inspiraţia să se reverse din nou din inima noastră, aşa cum se va întâmpla în final, dar noi nu putem face ca asta să se întâmple. Cândva, în viitor, mai devreme sau mai târziu, creativitatea va curge din nou liber, ca notele improvizate ale muzicianului sau cuvintele poetului. Însă, între timp, în vreme ce aşteptăm ca pasiunea să reapară şi să curgă liber din nou, putem fi „tehnicieni" în psihoterapie utilizând o gamă largă de tehnici din repertoriul nostru şi care poate avea un beneficiu considerabil pentru pacienţi. Argumentul meu este acela că toţi terapeuţii trebuie să ia în considerare la un moment dat să se retragă din profesie din cauza sentimentului de oboseală sau pur şi simplu pentru că simt că activitatea lor terapeutică este satisfăcătoare, dar lipsită de imaginaţie, lipsindu-i flerul şi creativitatea. Dacă nu vă simţiţi niciodată aşa, atunci probabil ar trebui să vă retrageţi din această profesie sau aţi putea încerca să umblaţi pe apă. Vă rog să îmi spuneţi dacă vă udaţi sau nu!

Cu un deceniu în urmă scriam:

> Aş vrea să sugerez că utilizarea hipnozei în domeniul sănătăţii este bine sănătoasă. Are un pedigree bine stabilit, care nu a fost întotdeauna recunoscut. Are o reputaţie proastă, care este încă promulgată şi azi prin mass-media şi, de asemenea, din nefericire, de unele departamente ale şcolilor de psihologie şi medicină. Există o dezbatere teoretică vie şi multe rapoarte de cazuri clinice şi cercetări experimentale. Dar este important atât pentru academicieni, cât şi pentru psihologii şi medicii practicieni să intre în această dezbatere prin angajarea într-o activitate clinică şi o cercetare empirică mai susţinute, atât din punct de vedere cantitativ, cât şi calitativ, şi ca instituţiile să introducă studiul hipnozei în programa lor analitică (Hawkins, 1994a, p. 6).

Aceste afirmaţii sunt adevărate şi astăzi. În ultimii zece ani a fost publicat un număr semnificativ de cercetări şi studii clinice, majoritatea

celor la care mă refer în paginile ce urmează fiind realizate după 1994. Deşi există numeroase materiale publicate, m-am referit doar la studiile cele mai relevante. Sunt sigur că există omisiuni, dar sper să fiţi inspiraţi să le compliniţi şi să vă ţineţi la curent cu publicaţiile viitoare. Într-adevăr, aceasta este o parte a procesului de pregătire profesională continuă.

Doresc tuturor studenţilor în hipnoza clinică, precum şi clinicienilor cu experienţă care citesc această carte o viaţă lungă, plină de întreprinderi creative şi plăcute.

Peter J. Hawkins
ISMAI, Institutul Universitar Maia, Portugalia

Mulţumiri

Aş umple un volum întreg dacă aş menţiona pe toată lumea care a avut o contribuţie la ideile şi inspiraţia din spatele acestei cărţi. Există totuşi persoane cărora doresc să le mulţumesc în mod special. Soţiei mele, Judith, pentru răbdarea şi înţelegerea de care a dat dovadă, şi colegilor, care mi-au asigurat un mediu stimulant în care să discut şi să-mi împărtăşesc activitatea hipnoterapeutică : Antonio Capafons, Jose Gongora, Agostinho Almeida şi Grupul de Hipnoză din Portugalia, Ana Almeida, Richard Page, Joannis Nestoros, Nikitas Polimikos, Eleanor O'Leary, Adriana Baban, Marcella Matucci şi Grupul de Hipnoză din Roma, Jarl Wahlstrom, Geoff Graham, Fillippo Petrucelli, Guillem Juan Abellan şi studenţii la hipnoză din Castellon, Spania.

Mulţumirile mele speciale se îndreaptă de asemenea către toţi studenţii şi profesioniştii care au fost prezenţi la workshopurile mele din întreaga lume, în Rusia, China, Asia Centrală şi majoritatea ţărilor europene, de la care am învăţat atât de multe. Şi, nu în ultimul rând, îmi exprim recunoştinţa faţă de pacienţii mei, de la care am învăţat mult din ceea ce ştiu despre psihoterapie.

Capitolul 1

Înţelegerea contextuală

Un bărbat a mers într-o seară la un bar şi a parcat maşina lângă trotuar. A intrat în bar, a băut câteva pahare şi după câteva ore a plecat. Îndreptându-se spre maşină, s-a căutat în haină şi în buzunarele pantalonilor după chei, dar nu le găsea, aşa că a început să se uite în jurul maşinii şi pe trotuar. Un poliţist l-a observat, s-a dus spre el şi l-a întrebat ce face, la care bărbatul i-a răspuns că îşi caută cheile pe care le pierduse. Fiind un poliţist foarte prietenos, acesta s-a oferit să îl ajute şi cei doi au continuat să caute cheile pierdute. Nu după multă timp, negăsind cheile, poliţistul l-a întrebat pe bărbat dacă era sigur că îşi pierduse cheile în acel loc. Bărbatul a răspuns că nu îşi pierduse cheile lângă maşină, ci în tufişuri, aflate la o oarecare distanţă de acolo. Poliţistul a fost surprins şi sa înfuriat auzind asta, deoarece pierduse timp căutând cheile. „Atunci de ce le căutăm aici ? ” a întrebat poliţistul, iar bărbatul i-a răspuns : „Pentru că aici e mai multă lumină ! ”.

Introducere

Intervenţiile clinice făcute de psihoterapeuţi sunt bazate de obicei, cel puţin într-o oarecare măsură, pe consideraţiile teoretice şi filozofice ale terapeutului şi pe cunoştinţele

dobândite în cursul experienţei sale, în munca cu pacienţii. Acest lucru poate determina uneori un anumit grad de inflexibilitate în care locusul intervenţiei este şcoala credinţei la care a aderat, şi nu pacienţii înşişi. „Harta” sau „povestea” este influenţată de perspectiva actuală din domeniu, de exemplu, hipnoterapia – şi este construită de terapeut din prisma formării proprie şi a lecturilor cărţilor sau revistelor care prezintă cercetările contemporane. Dar ceea ce constituie o cercetare „bună” în domeniul psihoterapiei este subiect de controverse (Salmon, 1983 ; Murcott, 2005), aşa cum vom discuta mai târziu. Astfel este foarte probabil ca „harta să nu fie identică cu teritoriul”. Cu alte cuvinte, există întotdeauna modalităţi alternative de construire a realităţii clinice. Abordarea adoptată în carte este construită în principal în jurul conceptului de *utilizare*, în care punctul de plecare este pacientul, şi nu cadrul teoretic şi filozofic al „poveştilor”. Trebuie de asemenea să subliniem că terapeuţii nu pot acţiona întotdeauna pe baza reflecţiei şi deliberării şi că mare parte din contribuţia lor la şedinţa terapeutică este constituită din intervenţiile spontane şi intuitive bazate pe utilizarea comportamentului verbal şi non-verbal al pacientului. Numai după şedinţa de terapie este posibil să dăm intervenţiilor un sens teoretic.

Deşi se poate spune că această carte mizează pe dezvoltarea abordărilor clinice în hipnoterapie, este necesar să înţelegem importanţa aspectelor contextuale ale psihoterapiei în general şi hipnoterapiei în particular. Restul acestui capitol este dedicat examinării principalelor contexte în care este practicată hipnoza clinică.

Contextul politic

Deşi obiectivul hipnoterapiei vizează în principal schimbarea personală – de exemplu, în gestionarea stresului şi a consecinţelor sale psihosomatice este important să percepem dimensiunea politică a psihoterapiei. un prim argument ar fi că hipnoterapia şi psihoterapia sunt activităţi politice deoarece admit existenţa relaţiei de putere care este atât implicită, cât şi definită explicit în ceea ce-i priveşte pe profesionişti şi pacienţii lor.

Conştientizarea faptului că pacienţii sunt fiinţe umane raţionale, inteligente şi creative, având capacitatea de a găsi soluţii la propriile probleme, corijează punctul de vedere medical convenţional potrivit căruia profesioniştii deţin toate răspunsurile. Tendinţa profesionistului de a da sfaturi, a prescrie, a evalua, a diagnostica, a interpreta şi a analiza, deşi uneori este adecvată, nu trebuie generalizată în baza zicerii „doctorul ştie cel mai bine". După cum în mod elocvent remarcă Heron (1998a) :

> Diagnosticarea, etichetarea, interpretarea, analiza, evaluarea – un fel de pătrundere şi cercetare ale intelectului clientului – sunt instrumentele preferate ale terapeutului pentru ca stresul negativ al clientului să fie reprimat şi combătut în mod convenabil şi, mai presus de toate, pentru a menţine propriul stres sub control, astfel încât să nu iasă niciodată la suprafaţă competenţa catharctică a celui ce oferă ajutor. Un diagnostic pe zi face ca stresul să persiste. Cel care ajută, împreună cu clientul său, sunt închişi în distorsiuni complementare, şi aşa susţin ceea ce la origini a venit din interior. (p. 10).

Prezumţia de la care porneşte această carte este aceea că pacienţii au răspunsuri pentru la problemele lor, dar că

actualizarea acestor potenţiale necesită adesea asistenţă din partea profesionistului. Însă acest punct de vedere nu schimbă faptul că adesea sunt necesare intervenţii medicale sau sociale extrinseci, aşa cum nici nu aderă la concepţii potrivit cărora metodele hipnoterapiei şi dezvoltării personale sun panaceul pentru schimbarea pozitivă. Cu toate acestea, aşa cum spune Madanes (2001), „terapia face posibilă discutarea a ceea ce este inacceptabil. Terapia este despre schimbare şi rebeliune" (p. 23).

Un corolar important al acestui punct de vedere este acela că pacientul are resursele pentru a găsi soluţii la problemele sale sau poate învăţa să le rezolve singur. Una din cele mai semnificative aspecte ale politicii hipnoterapiei este de a învăţa pacientul să practice auto-hipnoza, pentru că transferă puterea de la profesionist la pacient. Este un act profund de deprofesionalizare, care recunoaşte calitatea esenţială a fiinţelor umane de a fi auto-directive şi de a deţine controlul. Consideraţia că individul participă activ la propria boală este din ce în ce mai răspândită şi odată ce el recunoaşte acest lucru poate fi încurajat să joace un rol semnificativ în propriul „tratament". Adesea, profesioniştii din domeniul sănătăţii umane, incluzând psihologii, medicii şi consilierii, subminează potenţialul oamenilor de a-şi pune ordine în propria viaţă într-un mod personal şi autonom. Astfel oamenii pot fi reduşi la statutul de „consumatori" pasivi care nu mai iau parte la propriul tratament şi propria vindecare, un proces pe care Illich (1975) îl numea „iatrogeneză structurală".

Este important să conştientizăm că relaţia dintre clinican şi pacient este definită implicit (politic). Bannister (1983) sugerează în mod succint acest aspect:

> Psihoterapia are loc în contextul unei instituţii (cu sau fără pereţi) şi instituţia este constituită în contextul societăţii. Drept urmare,

> motivele politice ale instituţiei şi societăţii, puterea şi structurile lor sunt ocurente în psihoterapie. Terapeuţii şi clienţii înnoată în ape politice (p. 139).

Bannister susţine că relaţia doctor-pacient este cel mai frecvent tip de relaţie, conformă modelului medical implicit din psihiatrie. În aceste condiţii, pacientul priveşte terapeutul ca fiind o persoană semnificativă şi importantă, creându-se un transfer pozitiv. Cu toate acestea, alianţa terapeutică poate fi influenţată negativ sau pozitiv de statutul social al terapeutului, înfăţişarea sa (înălţime, greutate, îmbrăcăminte, expresia facială), mobila din cabinet (de exemplu, canapeaua psihanalitică), terapia faţă în faţă, picturi, plante, diplomele înrămate şi aşa mai departe.

Deşi multe exemple din această carte sugerează abordări pentru a ajuta pacientul să găsească soluţii pentru combaterea stresului individual, se ştie multe probleme sunt rezultatul unor situaţii politice mai ample ; de exemplu, sărăcia, localizarea geografică, educaţia, condiţiile de locuit, rasismul, sexismul, infracţiunile, nesiguranţa locului de muncă, datoriile financiare, lipsa de percepere a existenţei democraţiei, centralizarea sau modalitatea de a lua decizii etc. Mulţi „consumatori de consiliere” au nevoie mai degrabă, sau cel puţin în egală măsură de ajutor material decât de psihoterapie. Detresa este cauzată într-o mai mare măsură de mediu decât de dorinţele şi insatisfacţiile interioare. E necesar să se conştientizeze totuşi că pacienţii nu sunt victime pasive ale determinismului psihologic sau politic, ci agenţi în lumea socială. Există în mod evident un paradox major sugerat de experienţa psihoterapeutică potrivit căruia indivizii sunt responsabili pentru acţiunile lor, dar în acelaşi timp incapabili să răspundă la nivel personal pentru ele. Acest punct de vedere justifică o abordare

care implică atât dimensiunea personală, cât şi cea politică (Halmos, 1978). Pirsig (1974) exprimă plastic acest lucru în *Zen and the Art of Motorcycle Maintenance* :

> Programele de natură politică sunt importante, fiind produse ale calităţii sociale care pot fi eficace numai dacă structurile de bază ale valorilor sociale sunt corecte. Valorile sociale sunt corecte dacă valorile individuale sunt corecte. Locul în care putem îmbunătăţi lumea este în primul rând în inimă şi în mânile noastre şi abia apoi în altă parte (p. 121).

Terapeuţii au abilităţile necesare pentru a ajuta individul să facă faţă stresului precum şi posibilelor consecinţe psihosomatice şi comportamentale, dar de obicei nu deţin o poziţie care să le permită să acţioneze în calitate de agenţi ai schimbării politice. Este important ca ei să conştientizeze limitele propriilor intervenţii profesionale şi să lucreze împreună cu alţi profesionişti din domeniul sănătăţii umane, asistenţi sociali şi politicieni în promovarea schimbării la nivel personal, dar şi la nivel politic.

Pentru a evita consecinţele negative e necesar ca persoana să îşi gestioneze în mod corespunzător stresul. Acest lucru este important şi din motive economice. Atât în Europa, cât şi în SUA se pierd milioane de zile lucrătoare din cauza stresului. De asemenea, stresul la locul de muncă este un motiv serios de litigii pentru toţi angajatorii şi toate organizaţiile, care în final poate fi foarte costisitor. În consecinţă există raţiuni financiare şi economice importante pentru ca organizaţiile să gestioneze şi să reducă stresul la locul de muncă, pe lângă evidentele consideraţii etice şi umanitare.

Contextul personal

Este ştiut faptul că psihoterapia e o ocupaţie solicitantă şi stresantă, care poate duce la epuizare şi probleme psihosomatice. Madanes (2001) susţine că mulţi terapeuţi sunt limitaţi de emoţii negative precum furia, frustrarea, teama, dezamăgirea şi neajutorarea. Autoarea pledează în favoarea cultivării emoţiilor pozitive, cum sunt dragostea, gratitudinea, curiozitatea, compasiunea, hotărârea, flexibilitatea, încrederea, vitalitatea şi dorinţa de a aduce o contribuţie. Trebuie să ne amintim de asemenea că terapeuţii au vieţi foarte similare cu ale pacienţilor lor când vine vorba de suferinţă, probleme de sănătate şi în cele din urmă moarte. În consecinţă este esenţial pentru clinicieni să dezvolte căi prin care să rămână „sănătoşi" şi să continue să funcţioneze la un nivel optim. Dacă acest lucru nu este realizat şi sănătatea lor are de suferit atunci nu vor fi capabili să presteze serviciile de care au nevoie clienţii lor.

Starea de bine psihologic a clinicianului poate fi menţinută şi îmbunătăţită, de exemplu, prin reţelele de suport între colegi (*co-counselling* sau consilierea între colegi). Aceasta este o metodă de dezvoltare personală folosită de autor în cursurile de psihoterapie şi formare în hipnoza clinică care sunt organizate pentru profesionişti. Consilierea între colegi (Heron, 1986b) este o metodă de terapie direcţionată spre sine care permite clinicianului să gestioneze propriul stres din viaţa de zi cu zi prin cooperarea cu colegii suportivi. În acest fel se menţine la un anumit nivel sănătatea psihosomatică. E important de subliniat că acest tip de consiliere între colegi nu este sinonimă cu supervizarea. Fiecare terapeut trebuie să beneficieze de supervizare regulată (Clarkson, 1996), dar din partea altcuiva

decât co-consilierul său. Este evident de asemenea că o consiliere între colegi nu reprezintă acelaşi lucru cu terapia reciprocă, deoarece terapia reciprocă este „unidirecţională” şi de obicei se realizează pe baze financiare.

Pentru a deveni şi a rămâne un terapeut eficient, terapeutul mai are nevoie de două obiecte : o canapea şi un coş de gunoi.

O canapea este un bun valoros pentru terapeut fiindcă poate fi folosită pentru :

- a se întinde atunci când este extenuat, când se luptă cu anumite lucruri sau ia lucrurile prea în serios – pentru a se relaxa, a se reface, a practica auto-hipnoza şi însănătoşirea psihofiziologică ori pentru a i se face un masaj ;
- a se retrage atunci când crede că ştie – adică pentru a se distanţa de presupunerile sale ;
- a-şi aduce aportul în consilierea între colegi – a face faţă stresului (trecut/prezent) din propria viaţă ; a se gândi la propriile speranţe şi aspiraţii, a se bucura de propriile puncte tari şi realizări ; a le confirma colegilor realizările lor (care au nevoie de laudă şi încurajare) ; a lucra cu propria „suferinţă”, sentimentele de neputinţă, anxietăţile existenţiale sau grijile legate de boală, incapacitate, senilitate, vârsta avansată, moarte şi aşa mai departe.

Coşul de gunoi îi dă clinicianului posibilitatea să arunce toate presupunerile despre pacienţii săi, împreună cu teoriile şi tehnicile care stau în calea „co-prezenţei” cu pacientul, astfel încât să asigure o alianţă şi o empatie maxime. Explicaţiile comportamentului, gândurilor şi sentimentelor pacienţilor, ca şi ale noastre proprii reprezintă doar un adevăr parţial. Ele sunt „poveşti” prin care încercăm să dăm un sens problemelor pacienţilor noştri. Psihoterapia poate fi definită ca o disciplină în care nu ştim niciodată despre ce vorbim, sau dacă ceea ce

spunem este adevărat, sau dacă ceea ce facem funcţionează. Cu alte cuvinte, paradigmele (sau poveştile) pe care le folosim ne constrâng viziunea şi astfel ne limitează creativitatea, potenţialul eficacităţii terapeutice şi, astfel, funcţionarea pacientului. Dacă ştim ce ar trebui să facă sau să experimenteze un pacient cu privire la modelele normative sociale/developmentale, atunci probabil ne vom „lupta” să înţelegem ce se întâmplă şi de asemenea ne vom lupta să determinăm anumite rezultate terapeutice. Atunci când nu se luptă clinicianul nu îşi lasă clientul în întregime singur, ci se foloseşte de ceea ce se întâmplă. Aceasta implică a fi prezent alături de pacient – ascultând, ţinând de mână, atingând, confruntând, provocând, facilitând, informând, empatizând, retezând, râzând şi aşa mai departe. Fiind co-prezent cu pacientul suntem acolo cu el pe măsură ce se angajează în procesul de renaştere autonomă, definit în termeni de funcţionare potenţială a individului. Angajându-ne în rolul nostru de „moaşe” satisfacem trei nevoi psihologice de bază ale tuturor fiinţelor umane : nevoia de a fi iubit, respectat şi îngrijit ca individ unic, nevoia de înţelege ce se întâmplă în vieţile noastre (incluzând funcţionarea noastră fizică) şi nevoia de a fi auto-direcţionat şi de a deţine controlul asupra propriei noastre vieţi (Heron, 1998a).

Atunci când terapeutul este co-prezent cu pacientul, schimbările apar festina lente (adică grăbindu-se încet), fără ca terapeutul sau pacientul să încerce să determine ceva să se întâmple. Amintiţi-vă de broasca ţestoasă şi de iepure ! În mod esenţial, aceasta înseamnă că terapeutul îşi goleşte mintea de fanteziile pe care le are legat de natura problemei (diagnostic, prognostic, strategii terapeutice preferate etc.). Numai atunci terapeutul poate să asculte cu adevărat cu ceea ce Reik (1948) numeşte „a treia ureche”. Doar atunci pacientul îşi poate spune povestea. Ascultând ceea ce spune pacientul, ceea ce povesteşte

sau repovesteşte, vorbirea curge ca într-un roman în care se adună un sac de griji. Se poate referi la simplele evenimente care conferă continuitate şi context vieţii şi asigură înţelesul său esenţial. Pe măsură ce povestea se desfăşoară apare o perspectivă diferită în timp ce pacientul merge mai departe, adesea în asociere cu durerea şi angoasa, fricile sale, furia, vina, tristeţea, suferinţa, remuşcările şi singurătatea, precum şi visele şi speranţele sale.

În plus faţă de golirea de presupuneri, prejudecăţi şi înclinaţii prin aruncarea lor la coş, terapeutul are de asemenea nevoie să arunce resturile din propria sa viaţă. Aceasta înseamnă a se pune pe sine însuşi în poziţia de pacient. Pentru a face acest lucru în mod eficace, cineva, de exemplu co-consilierul, trebuie să fie co-prezent cu terapeutul – pentru a asculta fără să judece, astfel încât terapeutul să îşi poată spune propria poveste. Ca terapeuţi trebuie să ne amintim de asemenea că nu suntem indispensabili. Este o dovadă de aroganţă să credem că pacienţii au nevoie de noi. Cum poate terapeutul să fie co-prezent cu pacientul dacă e de părere că pacientul are nevoie cu adevărat de el ?

> Ca terapeuţi trebuie să ne păstrăm optimismul şi încrederea în resursele imense ale oamenilor bolnavi şi speriaţi de a se însănătoşi. Trebuie să le arătăm că avem încredere în acest potenţial şi în acelaşi timp să ne distanţăm de postura de vindecători ai unor victime pe care le compatimim. Toţi suntem potenţiali pacienţi, suntem fiinţe umane, nici unul dintre noi nu este indispensabil, toţi suntem vulnerabili. Pentru a fi eficienţi ca terapeuţi este important să ne îngrijim de noi înşine. Alegeţi o pauză sau epuizarea ? (Hawkins, 1994b, p. 852).

Supervizarea şi modelul omului de ştiinţă practician

Modelul omului de ştiinţă practician este o metodă de îmbunătăţire a eficienţei învăţării, precum şi un mod de evaluare creativ a funcţionării personale şi profesionale. Clarkson (2003) propune o metaforă a auto-supervizării bazată pe modelul omului de ştiinţă practician. Autoarea sugerează şase elemente care formează modelul (pp. 295-296) :

- o evaluare a ideii sau scopului, contractului, direcţiei sau rezultatului ;
- o paradigmă ştiinţifică ;
- unităţi de analiză a atenţiei, de exemplu tranzacţii, imagini din vis, tip de relaţie ;
- interes şi curiozitate faţă de propriile abilităţi şi procese ;
- dorinţa de a aduce o contribuţie la cunoaşterea clinică.

Pentru discuţii detaliate legate de modelul omului de ştiinţă practician şi al supervizării vezi Clarkson şi Aviram (1998).

Contextul cercetării

Este important ca hipnoterapeuţii să conştientizeze faptul că dovezile eficacităţii intervenţiilor hipnotice sunt limitate şi în general nu corespund criteriilor ştiinţifice ale medicinei şi psihoterapiei, chiar dacă probele clinice sunt adesea convingătoare. De asemenea, e necesară aici precizarea că metodele prin care ştiinţa medicală evaluează eficacitatea intervenţiilor terapeutice sunt întru totul neadecvate. Fondurile pentru cercetare sunt o chestiune importantă pentru că studiile clinice sunt extrem de scumpe şi în general doar industria farmaceutică

şi le poate permite. În consecinţă, majoritatea proiectelor de cercetare sunt cele privitoare la eficacitatea farmacoterapiei mai degrabă decât a psihoterapiei.

Studiile controlate randomizate (SCR)

Studiul controlat randomizat (SCR) este principala metodă de cercetare (Murcott, 2005 ; Roberts, 2005 ; Iphofen, Corin şi Ringwood-Walker, 2005). În termeni simpli, pacienţii implicaţi în SCR sunt desemnaţi la întâmplare pentru intervenţii clinice în care grupurile sunt tratate separat unele de altele şi ţinute sub observaţie. Atât timp cât există un număr suficient de pacienţi implicaţi în studiu se poate concluziona că orice diferenţă care apare între grupuri este urmarea intervenţiei studiate, şi nu a altor factori. În studiile clinice, designul SRC este îmbunătăţit prin utilizarea placeboului şi a metodei dublu orb (vezi Roberts, 2005). Este evidentc că asemenea metode nu sunt adecvate pentru evaluarea hipnoterapiei, explicându-se astfel insuficienţa cercetărilor publicate în domeniul medicinei alternative şi complementare în general. Motivele pentru care SCR nu este potrivit pentru evaluarea hipnoterapiei sunt rezumate de Roberts (2005) în continuare :

> Conceptul *randomizării*, şi anume al repartizării pacienţilor pentru un tip de terapie după criteriul „datului cu banul”, intră în conflict direct cu natura multor terapii complementare în care luarea unei decizii în acord cu pacientul, opţiunile şi convigerile sale sunt fundamentale. De asemenea, în ceea ce priveşte conceptul *randomizării*, intervin şi aspecte etice. De obicei, se susţine că pentru ca un pacient să participe la un studiu în care i se va administra un tratament la întâmplare, atât pacientul, cât şi doctorul trebuie să se afle pe poziţii echilibrate. Prin aceasta se

> înţelege că, în mod sigur, nici unul nu ştie care tratament va fi mai eficace. Dacă medicul sau pacientul consideră că una dintre opţiunile de tratament este mai potrivită decât cealaltă, atunci pacientul ar trebui să urmeze acel tratament şi să nu intre în studiul clinic. Exigenţele etice privind studiile clinice intră în contradicţie cu încrederea investită în mijloace de tratament, precum hipnoterapia, în care rezultatele optime se obţin atunci când atât pacientul, cât şi terapeutul cred în eficacitatea tratamentului. Aceasta nu înseamnă că tratamentul funcţionează doar pe bază de încredere, dar încrederea în beneficii este un concept fundamental în asigurarea unui tratament de înaltă calitate (p. 18).

După cum se poate demonstra, e foarte dificil să găsim psihoterapeuţi şi pacienţi în totalitate de acord cu eficacitatea tratamentului. De asemenea este imposibil să standardizăm intervenţiile hipnoterapeutice pentru că astfel ar fi compromis fundamentul personalizării tratamentului. După cum am menţionat deja, tehnicile clinice prezentate în această carte trebuie adaptate şi ajustate pentru nevoile pacientului. De asemenea, reamintim că hipnoterapia se desfăşoară în contextul unei relaţii terapeutice profunde. Roberts (2005) consideră că studiile parţial randomizate sau studiile preferenţiale reprezintă un compromis metodologic acceptabil. Autoarea scrie că:

> Este posibil să oferim pacienţilor selectaţi pentru un studiu posibilitatea de a alege o anumită terapie, când aceştia îşi manifestă preferinţa pentru ea, în caz contrar repartizându-le un tratament randomizat. Aceasta ne permite să introducem în proiectul studiului ideile de alegere şi încredere, fundamentale în tratament, şi, de asemenea, să considerăm separat beneficiile obţinute în grupurile care nu şi-au exprimat o preferinţă; astfel putem decela care este diferenţa în ceea ce priveşte beneficiile pentru aceia care nu au ales ei înşişi o anumită terapie. Rămâne riscul să lucrămcu grupuri diferite şi să pierdem astfel o parte

dintre beneficiile metodologice ale SRC, dar având în vedere cele expuse mai sus, acesta poate fi un compromis acceptabil.

Experimentele sunt cea mai bună cale pentru a demonstra eficacitatea terapeutică şi a costurilor, dar ele trebuie realizate astfel încât să garanteze că mecanismele terapeutice funcţionează la fel ca în practică şi să folosească rezultatele influenţate nu numai de modificările legate de boală, ci şi de cele care privesc schimbarea holistică posibilă în terapie.

În consecinţă, proiectul studiului ar trebui să fie realizat de echipe cu experienţă metodologică, dar care să înţeleagă în acelaşi timp hipnoterapia – modul de administrare şi mecanismele sale. Studiul ar trebui de asemenea să permită încorporarea metodelor multiple astfel încât să se adreseze tuturor aspectelor terapiei (pp. 18-19).

Murcott subliniază de asemenea că este foarte probabil că studiile controlate randomizate realizate până acum nu au fost suficient de elaborate pentru a măsura rezultatele terapiilor complementare. Este posibil ca insuficienţa dovezilor ce pledează în favoarea terapiilor complementare să sugereze mai degrabă carenţele metodologiei de cercetare decât ale tratamentelor studiate.

Practica actuală a transferului de metode de explorare şi cercetare dezvoltate pentru psihologia generală şi aplicarea acestora în domeniul psihoterapiei este un exerciţiu irealizabil (Mair, 1989). Wilson şi Barkham (1994) conchid : „Se constată o supra-apreciere a logicii studiului clinic controlat randomizat, care este departe şi străin de bogata experienţă a psihoterapiei” (p. 49). De asemenea, autorii afirmă că studiile rezultatelor comparative sunt foarte rar conforme practicii individuale, cu excepţia situaţiei în care se realizează în colaborare cu alţi colegi şi într-un centru dotat corespunzător. Acesta este un argument solid pentru practica individuală, în care hipnoterapeuţii

doresc să evalueze eficacitatea muncii lor. La un alt nivel, se poate discuta că studiul rezultatelor se bazează pe o falsă premiză ştiinţifică şi anume că părţi ele realităţii pot fi capturate şi cuantificate. Acest lucru este important atunci când discutăm în contextul factorilor curativi nespecifici, care vor fi discutaţi în acest capitol. Dacă există o serie de factori comuni în psihoterapie, atunci este necesar să identificăm care din aceşti factori sunt eficienţi. Rice şi Greenberg (1984) exprimă acest lucru foarte pertinent atunci când sugerează că pentru a răspunde la întrebări legate de eficacitatea tratamentului este necesară o înţelegere mai clară a ceea ce se întâmplă între pacient şi terapeut. O modalitate de realizare a acestui lucru este aceea de a examina calitativ procesele din şedinţele de terapie, mai degrabă decât centrarea exclusivă asupra rezultatelor. În orice caz, în cercetarea rezultatelor trebuie să existe o legătură cu cercetarea procesului şi nu constată motive pentru care cele două nu ar putea fi combinate (Treacher, 1983). Laing (1983) surprinde esenţa problemei atunci când scrie :

> Experienţa nu este un fapt obiectiv. Un fapt ştiinţific nu trebuie să fie experimentat. Diferenţele de corelaţie, similitudinile şi diferenţele pe care le trăim ca evenimente corespund doar uneori acelor diferenţe sau corelaţii pe care le privim ca fiind obiectiv reale. Orice şcolar ştie că aparenţele înşală.
> Trebuie să delimităm astfel un spaţiu clar de discuţie despre experienţă, deoarece metodele folosite pentru investigarea lumii obiective care ne sunt aplicate nu ţin cont de experienţa noastră şi astfel nu se pot lega de ea. Asemenea metode oarbe, aplicabile nouă, ne pot distruge în practică şi au făcut-o deja în teorie (p. 9).

Însă lipsa dovezilor ştiinţifice privind eficacitatea medicinei complementare şi alternative (MCA) poate conduce la concluzii eronate şi reprezinta una dintre raţiunile pentru nerecomandarea

acesteia în continuare pentru a fi folosită în Serviciului Naţional de Sănătate (Comitetul Camerei Lorzilor, 2000).

Medicina bazată pe dovezi

Medicina bazată pe dovezi constă în utilizarea conştientă, explicită şi judicioasă a celor mai bune dovezi în luarea deciziilor pentru îngrijirea pacienţilor (Sackett, Rosenberg şi Gray, 1996 ; pentru mai multe informaţii, vezi www.cebm.net). Dar „cele mai bune dovezi" se bazează pe SCR, care, aşa cum am văzut, sunt problematice în contextul evaluării hipnoterapiei. Cu toate acestea, Sackett şi colaboratorii săi propun un punct de vedere mai optimist asupra medicinei bazate pe dovezi în contextul MCA :

> Practica medicinei bazate pe dovezi înseamnă integrarea experienţei clinice individuale cu cele mai bune dovezi clinice externe rezultate din cercetarea sistematică. Prin experienţa clinică individuală înţelegem cunoştinţele şi raţionamentul pe care clinicianul le dobândeşte prin experienţă şi practică clinică. Cunoaşterea este reflectată în multe feluri, dar mai ales în diagnosticul mai precis şi corect şi identificarea mai adecvată şi plină de compasiune a problemelor individuale ale pacientului, a drepturilor şi preferinţelor sale atunci când sunt luate decizii clinice legate de îngrijirea lor. Prin cele mai bune dovezi externe clinice înţelegem cercetări relevante, adesea din ştiinţele medicale tradiţionale, dar în special din cercetările centrate pe pacient în ceea ce priveşte acurateţea şi precizia testelor diagnostice (inclusiv examinarea clinică), ponderea factorilor prognostici şi eficacitatea şi gradul de siguranţă al regimurilor terapeutice, de reabilitare şi prevenţie. Dovezile clinice externe invalidează testele diagnostice acceptate anterior, precum şi tratamentele şi le înlocuiesc cu unele noi care sunt mai bune, mai precise, mai eficace şi mai sigure (p. 71).

Deşi această definiţie extinsă se referă la practica medicinei ea poate fi de asemenea aplicată, cu modificări, practicii psihoterapiei şi hipnoterapiei. Terapeuţii buni folosesc atât experienţa clinică personală, cât şi cele mai bune dovezi clinice externe, ceea ce îi face să fie practicieni bazaţi pe dovezi. Chiar şi acolo unde există dovezi externe bune, raţionamentul clinic judicios privind nevoile individuale ale pacienţilor rămâne o cerinţă de bază. În această privinţă, Sackett şi colaboratorii săi susţin :

> Dovezile clinice externe pot informa, dar nu pot niciodată înlocui experienţa clinică individuală şi prin intermediul acesteia se decide dacă dovezile externe se aplică acelui pacient şi dacă da, cum trebuie ele integrate în decizia clinică (p. 71).

Este de la sine înţeles în acest punct de vedere că psihoterapia bazată pe dovezi nu trebuie să rămână fidelă exclusiv pozitivismului bazat pe cercetări, ci poate îmbrăţişa o schimbare filozofică, politică şi socială către o perspectivă extinsă asupra a ceea ce constituie dovada ştiinţifică (Chwalisz, 2003). Dar dezvoltarea şi implementarea metodologiilor pluraliste pentru evaluarea hipnoterapiei sunt extrem de scumpe şi consumatoare de timp şi sprijinul din partea insituţiilor este puţin probabil. Problema majoră care apare aici este realizarea unor studii calitative la scară mică, ce nu satisfac criteriile actuale bazate pe dovezi, sau a unora care le îndeplineşte. Compromisurile metodologice au fost criticate de Wilson (2005), care concluzionează :

> Încurajez cercetătorii să dezvolte evaluări metodologice solide ale acestor intervenţii complexe şi să caute resursele pentru realizarea unor evaluări pe scară mare care să fie observate de către instituţiile medicale (p. 20).

O chestiune importantă pe care trebuie să o surprindă dovezile este succesul tratamentului. Acesta nu trebuie să fie echivalent cu vindecarea, care implică înlăturarea completă a patologiei şi inducerea unei stări de sănătate. Fixarea unui asemenea scop în hipnoterapia problemelor legate de stres este idealistă în cele mai multe cazuri şi promisiunea unei vindecări este un act naiv şi iresponsabil. Aspectele legate de obiectivele terapeutice trebuie în mod cert discutate cu pacienţii în prima şedinţă de terapie, fiind necesar să se ajungă la o înţelegere în privinţa unor scopuri realiste. Acest aspect este important, de asemenea, în proiectele de cercetare şi planificare.

Metodologii alternative

Unele critici aduse SCR şi studiilor centrate pe rezultate pot fi surmontate de dezvoltarea unor modele fenomenologice calitative în cercetare, care se concentrează asupra experienţelor pacientului şi relaţiei terapeutice. Reason şi Bradbury (2001a) definesc actul cercetării ca :

> un proces participativ, democratic, preocupat de dezvoltarea cunoaşterii practice în căutarea scopurilor umane, ancorate într-o vedere participativă asupra lumii… Ea caută să aducă laolaltă acţiunea şi reflecţia, teoria şi practica, lucrul cu alte persoane în căutarea soluţiilor practice la chestiuni presante pentru oameni şi, în general, în recuperarea bunăstării individului ca persoană şi a comunităţii (p. 1).

Aceste metode se diferenţiază de metodologiile cantitative prin faptul că recurg la interpretarea acţiunilor şi a experienţelor. Atât terapeutul, cât şi pacientul pot reflecta asupra unor acţiuni şi experienţe specifice, încercând să le înţeleagă

pentru atingerea scopurilor terapeutice asupra cărora au căzut de acord. În acest fel se constituie cunoaşterea a ceea ce se întâmplă în terapie (procesul), efectele terapiei (rezultatul) şi semnificaţiile acestora atât pentru terapeut, cât şi pentru pacient. Această abordare a cercetării este o modalitate mai echitabilă de cercetare care generează „înţelegerea contextuală locală” a premizei că sensul acţiunilor şi evenimentelor este o parte intrinsecă a „contextului naturalist” (Henwood, Nicolson, 1995). De asemenea, este important de spus că dezvoltarea metodelor experienţiale de cercetare bazate pe experienţa subiectivă este mai apropiată de cadrul teoretic de orientare umanistă al abordărilor hipnoterapeutice prezentate în această carte. Acest lucru se aplică mai ales în cazul cercetarea cooperativă (Reason, Rowan, 1981 ; Reason, 1988, 2001 ; Reason, Heron, 1995 ; Heron, 1996, 2001 ; Heron, Reason, 1997 ; Reason, Bradbury, 2001a ; pentru mai multe lucrări ale lui Reason vezi www.bath.ac.uk/carpp/papers.htm), care implică participarea colaborativă atât a experimentatorului (clinicianul), cât şi a subiectului (pacientul).

Cercetările tradiţionale în psihoterapie recurg prea puţin la o colaborare autentică, iar pacientul este pasiv şi dependent, receptor al programului terapeutic realizat şi gestionat de terapeut unilateral. Metodologia cercetării cooperative se bazează pe o epistemologie în patru direcţii (Heron, 1992, 1996), şi anume :

- cunoaşterea experienţială – prin empatie, compasiune şi rezonanţă ;
- cunoaşterea prezentaţională – exprimare prin naraţiune, desen, mişcare şi imagerie estetică ;
- cunoaşterea propoziţională – bazată pe concepte şi idei teoretice ;
- cunoaşterea practică – o îmbinare a celorlalte forme de cunoaştere în intervenţiile clinice.

În domeniul practicii clinice, aceste forme participative de cercetare au o dimensiune politică prin faptul că ele conferă putere oamenilor prin procesul de construire şi utilizare a propriilor cunoştinţe (Reason, Bradbury, 2001a). O asemenea dimensiune politică este implicită în abordarea clinică generală adoptată în această carte. Puteţi găsi mai multe informaţii despre cercetarea acţiunii în practica profesională la www.bath.ac.uk/Îmnspwr/ şi www.human-inquiry.com.

Un exemplu de abordare prin cercetare cooperativă parţială în utilizarea hipnozei în tratamentul tulburărilor de somn la copii puteţi găsi în capitolul 8.

Ca şi metodele de cercetare cooperativă, există multe alte metode calitative care pot fi utile în evaluarea psihoterapiei, incluzând observarea, interviul, abordările constructelor personale, entografia, procedurile de scop analitic (Greenberg, 1991), studiile clinice de caz (Hilliard, 1993), studii bazate pe teorie (Henwood, Pidgeon, 1995 ; Glaser, Strauss, 1967) şi analiza fenomenologică interpretativă (Smith, Jarman, Osborn, 1999). Aceste metode sunt revizuite sistematic de Bannister, Burman, Parker, Taylor şi Tindall (1994), Denzin şi Licoln (1994) şi McLeod (1994).

Se ridică însă o întrebare în ceea ce priveşte complementaritatea abordărilor tradiţionale, în principal pozitiviste şi cantitative şi a abordărilor calitative menţionate mai sus, care sunt predominant hermeneutice şi interpretative ca stil şi puternic influenţate de fenomenologia clasică (Stevenson, Cooper, 1997). Ceea ce este necesar în cercetarea psihoterapiei e studierea intensă a pacientului individual (sau a grupelor de pacienţi), astfel încât atât perspectiva idiografică, cât şi cea nomotetică să fie dezvoltate pe baza pluralismului metodologic. Aceasta nu înseamnă că metodele calitative înlocuiesc metodele cantitative mai tradiţionale, ci că cele două abordări pot fi combinate în moduri complementare şi sinergice.

Rennie şi Toukmanian (1992) argumentează că cele două moduri de cunoaştere, paradigmatic şi narativ, pot fi combinate în cercetare pe două direcţii principale :

- pentru a ne asigura că fiecare echipă de cercetare include cercetători experţi în fiecare modalitate de cercetare ;
- incluzând date atât din metodele narative, cât şi din cele paradigmatice în diferitele faze ale proiectului de cercetare.

Bergin şi Garfield (1994) au încurajat activ dezvoltarea pluralismului metodologic în psihoterapie. Autorii scriu :

> Susţinerea din ce în ce mai puternică a abordărilor narative, descriptive şi calitative reprezintă întrucâtva o schimbare semnificativă de atitudine care probabil va fi din ce în ce mai prezentătă în realizarea şi raportarea cercetărilor. Ne aflăm în ipostaza de a sprijini un tip de pluralism care nu renunţă la virtuţile abordărilor tradiţionale în cercetare, ci le completează cu o varietate de tehnici mai flexibile pentru a ajunge la complexitatea fenomenului cu care avem de-a face (p. 828).

Pe parcurusl acestei cărţi se fac referiri la studii de cercetare mai ales cantitative, care sprijină utilizarea intervenţiilor hipnotice. Mai multe informaţii despre literatura de specialitate privind cercetare în hipnoză pot fi găsite pe www.hypnosis-research.org şi într-una dintre lucrările recente semnate de Solloway (2004a). Există puţine dovezi ştiinţifice care să sprijine intervenţiile ericksoniene, în afara numeroasele studii individuale de caz, care în final sunt convingătoare prin ele însele.

Contextul psihoterapiei

Deşi această carte vizează în primul rând utilizarea hipnozei ca modalitate de a ajuta persoanele să-şi gestioneze problemele legate de stres, există şi alţi factori terapeutici care joacă un rol important în procesul de vindecare. În consecinţă, din motive care vor deveni evidente, este necesar ca hipnoterapeuţii să înţeleagă într-o anumită măsură şi ceilalţi factori terapeutici. Există cercetări relevante care au arătat că :

i) diferite terapii au în general rezultate similare şi
ii) nu există nici o abordare terapeutică care să fie clar superioară unei alte forme de tratament a unei probleme specifice.

Acest lucru poate fi sintetizat în metafora „dodo bird verdict", „toţi au câştigat şi toţi merită premii" (Luborsy, 1995).

Factorii comuni

Bazându-se pe cercetările rezultatelor terapeutice, Lambert (1992) conchide că 40% din succesul terapeutic se poate fi atribuit „schimbărilor extraterapeutice" (de exemplu, evenimente accidentale, suportul social, întărirea eului etc.), 30% „factorilor comuni" care se regăsesc în toate terapiile indiferent de orientarea teoretică a terapeutului şi 15% „tehnicii" psihoterapeutice specifice (de exemplu, desensibilizarea sistematică, hipnoza etc.). Nici o formă de psihoterapie nu este superioară alteia, dar toate sunt superioare lipsei de tratament (Lambert şi Bergin, 1994). Abordarea factorilor comuni (Frank, 1973 ; Lambert, Bergin, 1994) urmăreşte să determine nucleul comun al diferitelor forme de psihoterapie, cu scopul final de a crea

tratamente mai eficace şi integrative bazate pe aceste puncte împărtăşite.

Însă nu toate şcolile de psihoterapie abordează aceşti factori în mod egal. De obicei, în fiecare şcoală unul sau doi factori (de obicei unul) sunt consideraţi centrali, iar celorlalţi factori li se atribuie un statut secundar. Deşi în continuare factorii comuni sunt discutaţi separat, este evident că ei nu sunt de fapt izolaţi, ci între ei apar suprapuneri considerabile.

Povestea

Toate intervenţiile psihoterapeutice se bazează pe o „poveste" teoretică sau o „hartă" care de obicei explică etiologia problemei prezentate, precum şi simptomatologia, modul cum este ea menţinută şi cum poate fi tratată. Unele poveşti terapeutice sunt extrem de elaborate (de exemplu, în psihanaliză), în timp ce altele sunt mai simple (de exemplu, în terapia comportamentală). În general există încercări de justificare a poveştii în termeni de cercetare şi dovezi clinice, deşi metodologiile de cercetare folosite sunt în parte povestea în sine! Punctul de vedere de mai sus se aplică şi în hipnoza clinică, din acest motiv fiind necesar ca practicianul care foloseşte hipnoza pentru problemele legate de stres să lege între ele „povestea hipnozei" de „povestea stresului" într-un mod care să fie înţeles, la nivel conştient şi inconştient de către pacient, deoarece aceasta va diminua considerabil orice rezistenţă şi va creşte eficacitatea intervenţiei. Credinţa profundă că pacientul se va face bine dacă se angajează în ritualurile terapeutice asociate este intrinsecă poveştii. Atunci când pacientul împărtăşeşte această credinţă cu terapeutul se contruiesc aşteptări mari şi speranţa unui succes terapeutic, care acţionează ca un placebo foarte puternic. Beecher (1959) consideră că răspunsul

terapeutic la orice tratament medical poate fi atribuit în proporţie de până la 35% efectului placebo.

Ritualul

Ritualul terapeutic promovează în primul rând „povestea” : de exemplu, în psihoterapiile psihodinamice, un concept teoretic cheie este importanţa experienţelor timpurii şi „ritualurile” hipnoanalitice, precum răspunsurile cu semnalizarea ideodinamică cu ajutorul degetului şi terapia stărilor eului, care încearcă să aducă la suprafaţă aceste experienţe timpurii. De fapt, o mare parte din materialul prezentat în restul cărţii este legat de ritualurile hipnotice. Mesmer oferă un bun exemplu al importanţei ritualurilor, descris în următorul capitol.

Relaţia terapeutică

Cercetările arată că unul din cei mai importanţi factori în rezultatul psihoterapiei este relaţia dintre terapeut şi pacient (Bergin, Lambert, 1978 ; Luborsky, Crits-Cristoph, Alexander, Margolis, Cohen, 1983 ; Clarkson, 1998). Afecţiunea mutuală, în limitele etice, dintre terapeut şi pacient este unul din cei mai puternici factori psihoterapeutici care influenţează schimbarea. Trebuie conştientizat faptul că terapeuţii nu îşi pot ajuta, ci îţi influenţează pacienţii ; uneori, pacienţii se însănătoşesc pentru că doresc să îi facă plăcere terapeutului. Terapeuţii trebuie, la rândul lor, să comunice pacienţilor că le pasă de ei şi că se merită ca aceştia din urmă să investească în relaţia terapeutică. Murcott (2005) sintetizează cercetările asupra relaţiei terapeutice în contextul medicinei complementare şi conchide că rezultatul este influenţat de calitatea relaţiei dintre clinician şi pacient.

De asemenea, după cum se poate demonstra, cel mai puternic instrument în tratamentul hipnotic al oricărei persoane este

relaţia hipnoterapeutică. Deoarece hipnoza este o experienţă colaborativă mai degrabă decât un tratament unilateral aplicat pacientului, este extrem de important să alocăm timp şi efort dezvoltării unei relaţii pozitive cu pacientul mai mult decât să ne concentrăm asupra dezvoltării abilităţilor tehnice în hipnoză. Alianţa terapeutică este întreţinută de anumite caracteristici ale personalităţii terapeutului ; de exemplu, empatia, căldura şi autenticitatea (Truax, Carkhuff, 1967). Propunem în continuare o discuţie mai aprofundată asupra acestor „condiţii centrale". Pentru a se schimba, pacienţii au nevoie, mai mult decât orice, de curaj, care se poate construi în contextul unei relaţii ce le permite să se afirme. Dacă pacientul nu vrea să se facă bine sau nu este pregătit pentru ameliorare este imposibil să fie ajutat de terapeut ; aceasta înseamnă că pacientul trebuie să fie întotdeauna motivat pentru a fi vindecat. În contextul hipnoterapiei, trebuie evaluată ideodinamic dorinţa inconştientă de angajare în procesul terapeutic (pentru o explicaţie detaliată, vezi capitolul 5).

Clarkson (2003, p. 7) a identificat un cadru psihoterapeutic integrativ care conţine cinci raporturi posibile ale relaţiei client-terapeut, şi anume :

- alianţa de lucru ;
- relaţia transferenţială/contratransferenţială ;
- relaţia necesară developmental-reparatorie ;
- relaţia interpersonală ;
- relaţia transpersonală.

Clarkson scrie :

> Cadrul Clarkson, cu cinci tipuri de relaţie, furnizează un principiu integrativ concentrat pe similitudinile şi diferenţele dintre abordările psihoterapeutice şi distinge ce relaţie este favorizată de

fiecare abordare. Acest cadru promovează flexibilitatea recomandată şi specializarea fiecărui psihoterapeut – indiferent de formarea sa (p. 7).

Conform lui Clarkson, aceste raporturi sunt prezente în toate relaţiile terapeutice, deşi în momente diferite, în funcţie de numărul de factori (de exemplu, faza terapiei, natura problemei şi concentrarea terapeutică). Analiza lui Clarkson este deopotrivă aplicabilă hipnoterapiei ca şi altor psihoterapii şi asigură o examinare profundă a importanţei relaţiei în context hipnoterapeutic.

Catharsisul

Termenii *catharsis*, *abreacţie* sau *descărcare emoţională* pot fi folosiţi ca sinonime din punct de vedere cognitiv, deşi în discuţia care urmează va fi utilizat cu precădere termenul *catharsis*. Definiţiile variază, dar cele mai reprezentative sunt următoarele două :

> O eliberare sau descărcare emoţională după reamintirea unei experienţe dureroase care a fost reprimată din cauza faptului că era intolerabilă la nivel conştient. Un efect terapeutic apare uneori prin descărcarea parţială a desensibilizării emoţiilor dureroase şi creşterea *insight*-ului (Asociaţia Amerciană de Psihiatrie, 1980, p. 1).

> Un set complex de procese psihosomatice prin intermediul cărora fiinţa umană se purifică de supraîncărcarea produsă de distresul cauzat de frustrările cumulative ale nevoilor umane de bază. În consecinţă, definit astfel, catharsisul este un fenomen uman ciudat, ce poate fi atribuit unei fiinţe somatice capabile să iubească, să înţeleagă şi să se auto-direcţioneze. Premiza este aceea că vulnerabilitatea majoră a acestor capacităţi active într-un corp şi

o lume fizice este compensată de un proces restaurativ care eliberează persoana de tensiunea blocantă (Heron, 1998a, p. 6).

După cum se poate demonstra, este un aspect al psihoterapiei pentru care mulţi terapeuţi sunt insuficient pregătiţi, deşi catharsisul apare de obicei în toate abordările psihoterapeutice. Catharsis derivă din grecescul *katharsis*, însemnând „a se curăţa” sau „a purifica” şi are întotdeauna un rol important în variatele ritualuri din societate, precum şi în teatru, religie şi sport (Scheff, 1979). Aceste activităţi pun la dispoziţie ocazii acceptate social de experimentare şi exprimare a gândurilor şi sentimentelor tabu semnificative.

Multe abordări psihoterapeutice au surprins catharsisul la nivele diferite în cadrul sistemelor lor de reprezentare (Nichols, Zax, 1977 ; Hawkins, 1986 ; Heron, 1988a). Catharsisul a fost considerat esenţa tratamentului psihanalitic, aşa cum s-a demonstrat în faimosul caz al Anei O., descris de Breuer şi Freud (1895/1955) în *Studii asupra isteriei*. În centrul acestor sisteme terapeutice se regăseşte convingerea că descărcarea emoţională a materialului traumatic reprezentativ conduce la eliberarea de tensiunea emoţională, evoluând astfel către ameliorarea simptomelor fizice şi psihologice. Totuşi, trebuie menţionat că *insight*-ul este de asemenea considerat o componentă importantă a schimbării terapeutice în majoritatea abordărilor. Catharsisul este în general considerat necesar, dar nu şi suficient ca o condiţie pentru schimbare.

Este posibil ca la un anumit moment al lucrului cu pacientul prin folosirea hipnozei să apară o abreacţie emoţională sau catharsisul, deşi terapeutul nu a intenţionat acest lucru. Adesea terapeuţii nu sunt pregătiţi să gestioneze asemenea izbucniri emoţionale şi adiministrează deficitar situaţia deoarece nu au pregătirea necesară sau nu înţeleg suficient aceste evenimente.

Cele două greşeli de gestionare întâlnite cel mai mai frecvent sunt încheierea prematură sau „profunzimea prea mare prea curând”. Autorul promovează punctul de vedere conform căruia terapeuţii trebuie să accepte exprimarea emoţională în aproape orice context terapeutic. Astfel, pacienţii învaţă să recunoască, să accepte şi să îşi exprime sentimentele. Chiar dacă catharsisul nu este punctul central al terapiei, în general e o idee bună să li se permită pacienţilor să plângă sau să îşi exprime mânia atunci când aceste sentimente apar. Într-adevăr, oricând un pacient îşi spune şi respune povestea, se descarcă emoţia prin exprimarea verbală şi nonverbală.

Aspectele legate de gestionarea eficientă a catharsisului în contextul hipnozei sunt discutate în capitolul 5, în care sunt prezentate abordările hipnoanalitice din gestionarea stresului, deşi trebuie să ne amintim că pacienţii pot fi tulburaţi emoţional în orice situaţie ; de exemplu, atunci când fac programarea sau în timpul evaluării iniţiale.

Reducerea anxietăţii şi suportul emoţional

Acesta este probabil unul din aspectele cele mai importante în psihoterapie. Atunci când vorbeşte despre evenimentele de viaţă stresante, pacientul de obicei manifestă anxietate şi alte sentimente negative direcţionate spre rude şi prieteni. Acestea nu se manifestă însă atunci când vorbeşte cu terapeutul. Alexander (Alexander, French, 1946) a numit acest proces „experienţă emoţională corectivă”. Este important ca terapeutul să rămână calm şi să se dovedească capabil să suporte starea afectivă neplăcută generată a pacientului, sau a sa. Atunci când o persoană este stresată, se înregistrează o funcţionare deficitară a concentrării, memoriei şi atenţiei. În consecinţă, reducerea anxietăţii deblochează aceste funcţii cognitive importante şi îi

permite individului să folosească propriile resurse pentru a rezolva problema. Trebuie de asemenea subliniat că ameliorarea anxietăţii conduce adesea la reducerea sau eliminarea simptomelor psihopatologice în majoritatea tulburărilor psihosomatice.

Asigurarea unui nou context cognitiv

Fiecare sistem psihoterapeutic asigură pacientului un nou context cognitiv care îi permite pacientului să interpreteze sau să înţeleagă propriul comportament şi funcţionarea sa psihosomatică, precum şi a altora. Cu sprijinul terapeutului, situaţiile de viaţă şi oamenii sunt percepuţi ca fiind mai puţin ameninţători pentru pacient. În hipnoanaliză, pacienţii pot adesea să îşi reevalueze experienţele timpurii şi aceasta le asigură un nou context cognitiv în care să dea dovadă de mai multă iniţiativă în luarea unor decizii importante de viaţă sau reformularea scopurilor terapeutice cheie.

Persuasiunea şi sugestia

Convingerea terapeutului în ceea ce priveşte eficacitatea metodelor sale terapeutice şi sugestionarea pacientului că terapia va reuşi sunt elemente majore în toate psihoterapiile. Jerome Frank (1973) consideră „ridicarea moralului” şi „creşterea speranţei” condiţii preliminare necesare în schimbarea modurilor de gândire şi a obiceiurilor comportamentale. Insuflarea unei speranţe realiste pacientului este unul dintre ingredientele cele mai importante ale unei terapii încununate de succes (McDermott, Snyder, 1999 ; Snyder, Taylor, 2000). Dacă pacienţii întrevăd o posibilitate de rezolvare a problemei lor legate de stres, atunci adesea vor dezvolta sentimente mai

pozitive legat de problemele lor. E interesant de menţionat că Lynn şi Hallquist (2004) au concluzionat recent că succesul lui Erickson în folosirea intervenţiilor hipnotice în psihoterapie s-ar putea datora modului în care a dezvoltat răspunsuri pozitive la pacienţii săi, precum şi mediului terapeutic potrivit.

Identificarea cu terapeutul

Pacientul se identifică în mod firesc cu sistemul de valori al terapeutului. Tonul vocii terapeutului informează pacientul în legătură cu ceea ce este considerat normal sau anormal de către terapeut. În consecinţă este extrem de important ca personalitatea terapeutului să fie caracterizată de flexibilitate şi toleranţa faţă de orice poziţie ideologică şi morală extremă. Trebuie să ne amintim întodeauna că primul scopul al psihoterapiei este de a satisface nevoile pacientului, şi nu pe ale terapeutului.

Dezvoltarea auto-controlului şi autonomiei

Potrivit lui Strupp (1983), achiziţia auto-controlului şi autonomiei sunt scopuri comune în toate tipurile de psihoterapie. Aşa cum am menţionat anterior auto-direcţionarea este o nevoie umană psihologică de bază. În contextul hipnoterapiei, pacientul este învăţat auto-hipnoza încă de la începutul terapiei pentru a-i dezvolta simţul autonomiei şi independenţei.

Repetiţa şi confruntarea

În cele din urmă, repetiţia şi confruntarea cu problema actuală constituie trăsături comune ale tuturor psihoterapiilor (Strupp, 1983). Orice se întâmplă în cabinetul clinicianului nu are nici

o valoare dacă nu poate ajuta pacientul să se descurce cu problema reală din viaţa sa. În contextul hipnoterapiei se foloseşte adesea tehnica de a se cere pacientului să se imagineze la un moment viitor în care problema este rezolvată. Numai atunci când pacienţii pot face acest lucru fără dificultate trebuie să fie încurajaţi „să facă lucrul respectiv în realitate”, dacă, având în vedere problema de prezentare, acesta lucru este posibil.

Condiţii centrale

Rogers (1971, 1980) subliniază că trebuie să se acorde o importanţă mai mare persoanei sau clientului mai degrabă decât problemelor prezentate. Argumentul său este că pacientul poate deveni auto-direcţionat în cadrul relaţiei terapeutice, dacă terapeutul manifestă empatie, congruenţă şi acceptare pozitivă necondiţionată.

Empatia

Prin empatie, terapeutul examinează împreună cu pacientul acurateţea înţelegerii sale. Această verificare poate fi facilitată acordând atenţie limbajului corporal al pacientului. Indiciile nonverbale, precum roşeaţa, bâlbâiala, schimbările în frecvenţa respiraţiei, dinţii încleştaţi, pumnul strâns sau auto-îmbrăţişarea sunt indicii valoroase pe care se sprijină manifestarea empatiei. Tonul vocii este un alt indiciu valoros : de exemplu, în cazul furiei, tonul e ridicat, ascuţit şi creşte în volum ; în cazul temerii, poate fi înalt şi strident ; când exprimă tristeţe, e scăzut, slab sau spart ; în cazul dragostei, cald şi aprobator. Empatia ţine mai mult de atitudine decât de tehnică. Solicită creativitatea terapeutului pentru a intra în numeroasele

lumi diferite ale perspectivelor pacienţilor. O'Leary (1993) spunea :

> Empatia poate fi asemănată cu două coarde care se acordează în aceeaşi notă. Atunci când una este lovită, cealaltă prinde sunetul emis de prima fără să piardă nimic din natura sa esenţială. Empatia înseamnă acordarea la lungimea de undă a clientului. Consilierul trebuie să se acordeze la lungimea de undă specifică clientului (p. 113).

Congruenţa

Congruenţa se referă la abilitatea terapeutului de a scoate la suprafaţă sinele său adevărat. Aceasta nu depinde de rolul său profesional, ci mai degrabă de folosirea propriei personalităţi pentru a conferi autenticitate relaţiei. Pentru a da dovadă de congruenţă, terapeutul trebuie să ştie cum să răspundă în timpul consilierii şi, dacă este potrivit să procedeze astfel, să îl facă pe client conştient de acest lucru. O'Leary scrie :

> Congruenţa nu este auto-dezvăluire. Terapeuţii nu exprimă tot ceea ce experimentează într-un anumit moment pentru a da dovadă de congruenţă. De fapt, congruenţa apare în contextul relaţiei terapeutice şi asigură concentrarea asupra nevoilor clienţilor, şi nu asupra nevoilor terapeuţilor (p. 135).

Acceptarea pozitivă necondiţionată

Acceptarea pozitivă necondiţionată semnifică o atitudine pozitivă, nepervertită de judecăţi de valoare, şi aprobare din partea terapeutului în relaţie cu pacientul. Necondiţionarea îi conferă pacientului libertatea de a se dezvălui în relaţia terapeutică,

deoarece ştie că terapeutul îl va accepta fără să îl judece. Experienţa de a se simţi acceptat necondiţionat de către terapeut îi facilitează pacientului procesul învăţării de a se accepta pe sine însuşi. Prin natura sa, necondiţionarea este opusă diagnosticării şi etichetării : terapeuţii se gândesc la clienţii lor ca la indivizi care trec prin anumite dificultăţi în viaţa lor, în acest moment. Absenţa condiţionării implică valorizarea fără rezerve a pacientului, terapeuţii realizând acest deziderat prin ascultarea a ceea ce au de spus pacienţii. Pietrofesa, Hoffman şi Splete (1984) consideră că, pentru mulţi pacienţi, aceasta ar putea fi prima lor experienţă de acceptare în manieră necondiţionată „fără nici un fel de cerinţe" (p. 105).

Compasiunea

În afară de cele trei condiţii fundamentale sugerate de Rogers, există şi alţi factori terapeutici care trebuie consideraţi la fel de importanţi. După Brandon (1976) :

> Adevărata pârghie în asistenţa pe care o acordăm, cea care se dovedeşte eficientă, este compasiunea. (p. 6) ş…ţ Fără ea, relaţia dintre oameni seamănă cu frunzele uscate în vânt. Ingredientele compasiunii sunt deschiderea, sentimentul de intimitate şi sensibilitatea. Aceste valori reprezintă căutarea profundă şi deschisă în altă persoană, precum şi intuirea nevoilor şi dorinţelor sale. Compasiunea faţă de ceilalţi şi faţă de sine începe cu diminuarea numărului de judecăţi de valoare. Compasiunea înseamnă a acorda oamenilor spaţiu : deschiderea uşilor, mai degrabă decât închiderea lor ; adresarea de întrebări mai degrabă decât furnizarea de răspunsuri. Compasiunea este procesul constând în contactul profund cu sursa primordială a dragostei. Este comunicarea directă din profunzinea propriei existenţe (pp. 48-79).

Fromm (1956) subliniază că grija, responsabilitatea şi cunoaşterea sunt atitudinile prin care se manifestă compasiunea (p. 20). Erickson (1965) atrage atenţia de asemenea că este important să conştientizăm faptul că pacientul, în calitate de personalitate umană, are nevoi. El menţiona :

> A pune un diagnostic corect al bolii şi a şti metoda corectă de tratament nu este suficient. Este foarte important ca pacientul să fie receptiv la terapie şi să coopereze. Fără cooperarea deplină a pacientului rezultatele terapeutice sunt întârziate, distorsionate, limitate sau chiar împiedicate… A încerca terapia asupra unui pacient doar aparent sensibil, rezonabil şi inteligent atunci când pacientul este de fapt guvernat de forţe şi emoţii inconştiente, care nu se manifestă deschis sau sunt întru totul necunoscute, a trece cu vederea reacţiile inconştiente referitoare la informaţii potenţial semnificative ne pot îndrepta cu uşurinţă spre eşec sau spre rezultate nesatisfăcătoare… Terapeuţii trebuie să dea dovadă de mai mult respect pentru pacienţii lor şi să aprecieze corect lipsa de raţiune sau slăbiciunile umane… Terapeuţii care doresc să îşi ajute pacienţii nu trebuie să certe, să condamne sau să respingă vreo parte din comportamentul pacientului doar pentru că este obstructiv, nerezonabil sau chiar iraţional. Comportamentul pacientului reprezintă o parte din problema pentru care a venit la cabinet ; el constituie mediul personal asupra căruia terapia trebuie să acţioneze ; el poate constitui forţa dominantă în relaţia globală pacient – medic (p. 57).
>
> Sarcina terapeutului nu trebuie să fie caracterizată de prozelitism în sensul impunerii propriilor convingeri şi sisteme de semnificaţii… Este nevoie de construirea unui mediu terapeutic care să îi permită pacientului să îşi folosească propria gândire, propriile sisteme de semnificare, propriile emoţii, în felul care i se potriveşte cel mai bine în schema sa generală a vieţii (p. 65).

Analiza celor şase categorii de intervenţii

Heron (2001) a „operaţionalizat” numeroase elemente esenţiale discutate mai sus în câteva categorii de intervenţie de bază, reunite sub numele analiza celor şase categorii de intervenţii. Cele şase categorii sunt grupate în două clase :

Intervenţii autoritare

i) Prescriptive – sfaturi, critici, evaluări, judecăţi de valoare ;
ii) Informative – didacticismul, informarea, interpretarea ;
iii) Instigatoare – provocarea, feedbackul direct.

Intervenţii facilitatoare

iv) Cathartice – încurajarea pacientului pentru a descărca tensiunea prin râs, plâns, tremurat şi agitaţie ;
v) Catalitice – reflectarea, încurajarea rezolvării de probleme auto-direcţionată ;
vi) Suportive – aprobarea, confirmarea şi validarea pacientului ca fiinţă umană. O intervenţie suportivă confirmă valoarea şi demnitatea pacientului.

Acest model furnizează clinicianului forme diferite de comportamente de ajutorare, care pot fi adaptate în munca cu pacientul.

Deşi această carte prezintă în primul rând hipnoza şi aplicaţiile ei pentru pacienţii care au probleme legate de stres, este evident că practicianul trebuie să cunoască toţi factorii care afectează rezultatele clinice. Astfel, cunoaşterea factorilor terapeutici comuni tuturor terapiilor, incluzând condiţiile de bază necesare pentru un ajutor eficace, este extrem de importantă. Pentru a fi un bun hipnoterapeut este necesar în

primul rând să fiţi un clinician bun, cu abilităţi pentru fiecare dintre cele şase categorii elucidate de Heron. Hipnoterapeuţii nu sunt tehnicieni, ci clinicieni creativi, capabili să îşi folosească abilităţile în mod inovator, permiţând pacientului „să îşi cânte cântecul propriu”. Multe lucruri redate în această carte se referă la tehnici şi strategii, dar acestea trebuie aplicate selectiv, creativ şi în conformitate cu normele etice, astfel încât să se respecte integritatea şi autonomia pacientului.

Capitolul 2

Hipnoza şi stresul

O poveste Zen spune că era odată o femeie care nu se putea hotărî pe ce uşă să iasă dintr-o încăpere cu două ieşiri ce duceau spre lumea de afară. După mai multe ore de şovăială, femeia a pus mai multe saltele în faţa unei uşi şi a adormit. Când s-a trezit dimineaţa devreme a analizat din nou întreaga problemă. O uşă era liberă, iar cealaltă era blocată de grămada de saltele ! A suspinat şi a strigat că acum nu mai are de ales !

Stresul

Trăim la ora actuală într-o lume care, deşi se presupune că este mai civilizată, creează un stres tot mai mare pentru individ. Societatea profund comercială şi orientată spre consum îi constrânge pe oameni să arate bine, să ajungă la un anumit statut prin posesiuni materiale şi calificare şi să deţină ultimele tehnologii şi accesorii la modă. În consecinţă, există destul de puţine ocazii în care persoana îşi poate satisface nevoile spirituale şi transpersonale. Mulţi „cad pe drum” din cauza lipsei de resurse financiare, sociale şi personale, care le frânează eforturile de satisfacere a nevoilor individuale şi de status. Paralel cu aceste imperative, au loc, printre altele, infracţiuni stradale, intimidări, poluare şi blocaje în trafic. Nu este deci de mirare că stresul şi problemele legate de stres sunt în creştere.

Termenul *stres* are semnificaţii diferite pentru oameni. În definiţiile contemporane ale stresului se face referire la stresul extern din mediu ca stresor (de exemplu, problemele de serviciu, conflictele în familie, mutarea), răspunsul la stresor este numit stres sau distres şi conceptul de *stres* implică modificări biochimice, psihologice, comportamentale şi fiziologice. Cercetătorii fac distincţie de asemenea între stresul dăunător, care produce lezini (distres), şi eustres, care este pozitiv şi benefic (Ogden, 2000, p. 232). Hanson (2004) menţionează „stresul drăguţ" şi „stresul rău". Autoarea scrie :

> Stresul drăguţ include probabil conducerea lumii, câştigarea unei averi, programul aglomerat, planificarea fiecărui minut al zilei, a avea un scop, a şti cine şi unde eşti. Acesta este un stres drăguţ, antrenant – acel tip care produce hormonul numit dehidroepiandrosteron sau DHEA-S. Acesta ajută la o funcţionare mai bună a creierului şi memoriei, întăreşte mecanismele de apărare ale corpului, întăreşte sistemul imunitar, face bine tenului şi prelungeşte viaţa. Stresul urât este cel care pare să nu se mai termine, al cărui capăt nu se întrezăreşte : datoriile interminabile, suferinţa, ruperea relaţiilor sau intimidarea pot provoca un astfel de stres, iar acesta conduce la hipertensiune arterială, deznădejde, palpitaţii, dureri de cap, probleme intestinale, insomnie şi creşterea numărului de infecţii minore. Oamenii care au slujbe prost plătite şi trăiesc în sărăcie suferă de cel mai distructiv tip de stres (p. 8).

Stresorii

Există numeroşi stresori care pot afecta individul ; unii sunt actuali, iar alţii sunt istorici (de exemplu, provenind din experienţe anterioare din viaţa persoanei). Stresorii actuali pot fi întâlniţi în viaţa celor mai multe persoane şi sunt legaţi de experienţele de viaţă, precum şi de situaţiile fizice şi de mediu (vezi figura 2.1).

Holmes şi Rahe (1967) au realizat o schemă a experienţelor recente (SRE), în care e menţionată o listă a schimbărilor şi evenimentelor ce pot apărea în viaţă unui individ. Acestea au fost evaluate în termeni de „stres" obiectiv, foarte severi (de exemplu, moartea unuia din soţi, moartea unei rude apropiate, divorţ, mutare, pensionare) până la cei mai puţin severi (de exemplu, concedii, schimbări în obiceiurile alimentare, schimbări în obiceiurile de dormit). Se presupune că scorul SRE indică nivelul de stres al persoanei şi concomitent starea sa de sănătate. Există însă numeroase probleme asociate cu SRE, trecute în revistă de Ogden (2000, pp. 234-236). Cronicitatea experienţelor de viaţă reprezintă un aspect semnificativ, care nu este luat în considerare de Holmes şi Rahe. Există numeroase experienţe de viaţă în desfăşurare sau cronicizate. Moos şi Swindle (1990) le identifică pe următoarele :

- stresori legaţi de sănătatea fizică (de exemplu, afecţiuni medicale, intervenţii medicale) ;
- stresori legaţi de cămin şi vecinătate (de exemplu, siguranţă, curăţenie, poluare) ;
- stresori financiari ;
- stresori la locul de muncă (de exemplu, probleme interpersonale, suprasolicitare, termene-limită) ;
- stresori legaţi de partener/soţ (de exemplu, probleme emoţionale cu partenerul) ;
- stresori legaţi de copii ;
- stresori legaţi de famila extinsă ;
- stresori legaţi de prieteni.

Autorii consideră că evenimentele de viaţă nu pot fi evaluate izolat, ci trebuie integrate între cele două faţete ale vieţii individului : resursele sociale actuale, precum reţelele de suport social şi resursele financiare, şi stresorii actuali.

COMMON EVERYDAY STRESSORS

Illness stressors
Chemical stressors
including food/drink
Commuting stressors
Pain stressors

Phobic stressors
Physical stressors
Environmental stressors
Decision stressors
Financial stressors

Change stressors
Emotional stressors
Social stressors
Work stressors
Family stressors

STRESS OVERLOADING

MAJOR TRAUMA
e.g. war, adult rape, torture, natural/civil disasters, mugging, serious physical illness, terrorism, military combat

HISTORICAL STRESSORS
e.g. child physical & sexual abuse, hospitalisation, bullying, alienation, separation & bereavement

Figura 2.1. Stresori actuali şi istorici

Se ştie la ora actuală faptul că nu orice stres provine dintr-un eveniment de viaţă major. Evenimente nesemnificative, precum pierderea autobuzului, o răceală, faptul că plouă, pot fi de asemenea stresante şi sunt numite hărţuieli zilnice. Kanner, Coyne, Schaefer şi Lazarus (1981) au măsurat aceşti stresori minori cu ajutorul Scalei de Hărţuială, indicând că stresorii minori sunt cel mai frecvent raportaţi la :

- griji legate de greutatea şi forma corpului ;
- sănătatea unui membru al familiei ;
- creşterea preţului mărfurilor de larg consum ;
- întreţinerea casei ;
- prea multe lucruri de făcut ;
- pierderea sau rătăcirea unor obiecte.

De asemenea, autorii au descoperit că experienţele pozitive fac aceste iritaţii minore mai uşor de suportat, reducând impactul lor asupra sănătăţii. Printre experienţele pozitive găsite, măsurate cu ajutorul Scalei Îmbunătăţirii, se numără :

- relaţia bună cu partenerul ;
- relaţa bună cu un prieten ;
- realizarea unei sarcini ;
- sănătatea ;
- somnul suficient ;
- mâncatul în oraş ;
- ambientul plăcut al căminului.

Într-un studiu recent, Steptoe, Wardle şi Marmot (2005) sugerează că stările pozitive, precum fericirea, protejează şi influenţează direct la procesele biologice importante. Cercetările lor au demonstrat că acestea au efecte pozitive la bărbaţii şi femeile de vârstă medie constând în reducerea activităţii neuroendocrine, inflamatorii şi cardiovasculare.

SOMATIC	COMPORTAMENTAL	EMOŢIONAL	COGNITIV
de exemplu, creşterea tensiunii musculare, creşterea presiunii sangvine şi a frecvenţei cardiace, transpiraţie, probleme intestinale, dureri de cap, greaţă şi senzaţie de vomă, tremur, ticuri, necoordonare	de exemplu, mâncatul abuziv şi consumul excesiv de alcool, cafea şi zahăr, fumat, probleme cu somnul, precum coşmaruri, disfuncţii sexuale, apariţia comportamentelor necaracteristice de diminuare a interesului	de exemplu, anxietate ridicată, depresie şi furie, neajutorare, lipsa de speranţă, stimă de sine scăzută, agitaţie, oboseală rapidă, iritare, panică, ipohondrie ridicată, agravarea problemelor de personalitate	de exemplu, distragere crescută, diminuarea concentrării, afecţiuni ale memoriei, îngrijorare, teama amplificată de a nu greşi

Figura 2.2. Efecte ale stresului pe termen scurt

Efectele stresului

Atunci când stresorii acţionează intens şi prelungit, ei pot conduce la supraîncărcare, cu consecinţe fiziologice, comportamentale, emoţionale şi cognitive imediate (figura 2.2).

Acestea sunt caracteristice aşa-numitei reacţii de fugă sau luptă, sintagmă introdusă de Cannon (1932), ce descrie reflexele primitive ale activării simpatice şi adrenergice ca răspuns la pericolul perceput şi la alte presiuni din mediu. În continuare, redăm efectele deteriorante ale stresului asupra sănătăţii din perspectiva lui Hans Selye (1956).

Indivizii pot pot face faţă de obicei unui anumit grad de stres prin apelul la anumite strategii. Însă unele strategii pot fi ineficiente sau chiar agravante ; de exemplu, mâncatul în exces, fumatul etc. Dacă persoana continuă să fie stresată, atunci apar probleme psihosomatice mai severe, precum morbiditatea cardiovasculară şi consecinţe posibile asupra stilului de viaţă, ca urmare a diminuării calităţii vieţii (figura 2.3).

TULBURĂRI SOMATICE	PROBLEME COMPORTAMENTALE	TULBURĂRI EMOŢIONALE	PROBLEME COGNITIVE
de exemplu, dureri de cap, probleme gastrointestinale, astm bronşic, diabet zaharat, disfuncţii imunitare, probleme musculare	de exemplu, alcoolism, muncă în exces, comportament obsesiv, obezitate, tulburări de somn, probleme de relaţionare, probleme sexuale	de exemplu, anxietate cronică, depresie, fobii, schimbări de personalitate, boli mentale	probleme de memorie, gânduri obsesive, probleme academice

Figura 2.3. Efecte ale stresului pe termen lung

O perspectivă complexă asupra stresului

Până acum am conceptualizat stresul ca răspuns automat la un stresor extern. Acest punct de vedere este reflectat şi în teoria evenimentelor stresante de viaţă, care sugerează că individul răspunde evenimentelor prin reacţii la stres, strâns legate de starea sa de sănătate. Un punct de vedere întrucâtva diferit sugerează că individul nu răspunde pasiv la stresori, ci interacţionază cu ei (Lazarus, Cohen, 1973, 1977 ; Lazarus, 1975). Lazarus susţine că individul califică situaţia potenţial stresantă ca fiind sau nu stresantă, proces pe care îl numeşte evaluare primară. Individul se angajează şi într-un proces de evaluare secundară, ce implică evaluarea punctelor pro şi contra ale strategiilor sale de coping. Forma evaluării primare şi secundare sugerează dacă persoana manifestă sau nu o reacţie la stres. Dacă evenimentul este evaluat ca stresor, atunci apar schimbări psihofiziologice (figura 2.2). Efectele psihofiziologice ale stresului sunt considerate adaptative, atunci când persoana se pregăteşte să răspundă stresului, sau neadaptative, atunci când îi afectează sănătatea.

Stresul a fost de asemenea conceptualizat ca rezultat al înzestrărilor auto-eficienţei (Lazarus şi Folkman, 1987), rezistenţei (Maddi şi Kobasa, 1984) şi îndemânării persoanei (Karasek şi Theorell, 1990). În consecinţă, succesul mecanismelor de *coping* şi auto-gestionarea reduc stresul, în timp ce eşecul auto-reglării conduce la reacţii însoţite de schimbări psihofiziologice. Eşecul prelungit al auto-reglării produce boli legate de stres şi bineînţeles boala însăşi este un eveniment stresant. Dacă boala este percepută ca stresantă atunci aceasta poate exacerba stresul şi reduce şansele de recuperare.

Boli legate de stres

Boala legată de stres poate fi rezultatul schimbărilor comportamentale şi fiziologice sau o interacţiune dintre cele două categorii. Cercetările arată că stresul poate afecta comportamentul specific legat de sănătate, precum şi schimbările comportamentale mai generale. Comportamentele specifice legate de sănătate care pot fi influenţate de stres sunt :

- fumatul (Lichtenstein, Weiss, Hitchcock, 1986 ; Carey, Kalra, Carey, Halperin, Richard, 1993) ;
- consumul de alcool (Herold, Conlon, 1981 ; Violanti, Marshall, Howe, 1983 ; Cappell, Greeley, 1987) ;
- dieta (Michaud, Kahn, Musee, 1990 ; Conner, Fitter, Fletcher, 1999) ;
- practicarea sexului neprotejat (Irons, Schneider, 1997) ;
- abuzul de substanţe psihoactive.

La un nivel mai general, cercetările sugerează că indivizii care experimentează nivele înalte de stres prezintă o tendinţă mai mare de angajare în comportamente dăunătoare ce potenţează boala sau lezarea (Wiebe, McCallum, 1986 ; Irons, Schneider, 1997). De exemplu, individul poate creşte consumul de alcool, ţigări, cafea şi bomboane, precum şi să reducă exerciţiile fizice. Toate aceste comportamente sunt legate de apariţia unor boli variate (Baer, Garmezy, McLaughlin, Pokorny, Wernick, 1987) şi de lezarea prin accidente (Johnson, 1986).

Boala poate fi de asemenea legată de stres prin căi fiziologice. Acestea sunt rezumate de Ogden (2000, p. 242) după cum urmează :

- Stresul poate produce o creştere a secreţiei acide în stomac, o posibilă cauză a ulcerului.

- Stresul conduce la producţia în exces a catecolaminelor, care duce la accelerarea coagulării sângelui, astfel mărindu-se şansele unui infarct miocardic.
- Excesul de catecolamine poate produce o boală renală.
- Infarctele miocardice şi atacurile vasculare cerebrale pot fi produse de stres prin intermediul creşterii răspunsului cardiovascular şi a leziunilor arterelor produse de formarea plăcilor de aterom şi a depozitelor de grăsime.
- Stresul duce la producerea în exces a corticosteroizilor, care provoacă artrita.
- Stresul provoacă creşterea nivelului de catecolamine şi corticosteroizi, care afectează sistemul imunitar, astfel persoana fiind mai susceptibilă la infecţii.

Psihoneuroimunologia

Psihoneuroimunologia se bazează pe asumpţia că starea psihologică a unei persoanei poate influenţa sistemul său imunitar şi astfel starea sa de sănătate. Anumiţi factori psihologici au un rol în funcţionarea sistemului imunitar. Aceştia includ dispoziţia, suprimarea gândurilor şi stresul. O dispoziţie bună pare să favorizeze funcţionarea sistemului imunitar, în timp ce una negativă o perturbă (Stone, Cox, Valdimarstottir, Jandrof, Neale, 1987 ; Cohen, Doyle, Turner, 2003). Stresul poate afecta sistemul imunitar al unei persoanei şi poate duce la prelungirea unor probleme şi la ocurenţa unei simptomatologii psihosomatice ulterioare (Adler, Felton, Cohen, 1991 ; Walker, Johnson, Eremin, 1993 ; Black, 1994 ; Walker, Eremin, 1995 ; Gruzelier, Levy, Williams, Henderson, 2001 ; Kiecolt-Glaser, Marucha, Atkinson, Glaser, 2001). Studii recente arată de asemenea că stresul poate compromite sistemul imunitar, ceea ce îl face mai sensibil la infecţiile oportuniste (Glaser, Lafuse,

Bonneau, Atkinson, Kicolt-Glaser, 1993 ; Castes *et al.*, 1999 ; Dbhahar, Satoskar, Bluethmann, David, McEwen, 2000 ; Kiecolt-Glaser *et al.*, 2001). În sens invers, hipnoza poate modula eficace funcţionarea sistemului imunitar prin modificarea activităţii hipotalamusului (Rossi, 1986/1993 ; Rossi, Cheek, 1988 ; Kiecolt-Glaser, Glaser, 1992 ; Ruzlya-Smith, Barbasz, Brabasz, Warner, 1995 ; Solloway, 2004b).

Există dovezi ale faptului că suprimarea gândurilor este legată de apariţia bolii, în timp ce exprimarea gândurilor poate creşte activitatea sistemului imunitar (de exemplu, Gross, Levesnon, 1997 ; Patrie, Booth, Pennbaker, 1998). Există de asemenea date controversate legate de faptul că stresul afectează creşterea tumorală (Laudenslager, Ryan, Drugan, Hysen, Maier, 1983) şi activitatea limfocitelor (Kiecolt-Glaser, Glaser, 1986). Mai recent, Rossi (2002) a prezentat dovezi care sugerează că o clasă specială de gene sunt adesea exprimate (expresia comportamentală pe bază genetică) într-o gamă largă de experienţe umane, asociate cu schimbarea stărilor de excitaţie, incluzând trezirea, somnul şi visul. Aceste gene pot fi asociate cu experienţele stresante. Rossi sugerează de asemenea că experienţa „conştientă” a noutăţii, îmbogăţirea mediului şi exerciţiul fizic voluntar pot modula expresia genetică pentru a coda noi amintiri şi învăţarea (p. 12). Autorul numeşte acest proces „expresia genetică dependentă de experienţă sau activitate”, care poate activa genele ce codează proteinele responsabile de neurogeneză în modalităţi care optimizează performanţa, sănătatea şi starea de bine. De interes central în genomica psihosocială este o clasă specială de gene timpurii imediate (sau „al treilea mesager”), activate în câteva secunde sau într-un minut sau două ca răspuns la semnale importante. Ele au un rol special în medierea excitaţiei psihologice şi în performanţa optimă, dar şi în răspunsul la stres (Morimoto, 2001). Există cercetări care

au demonstrat cum poate afecta stresul psihosocial funcţionarea genomică celulară la nivelul sistemului imunitar (Glaser *et al.*, 1990, 1993 ; Malarkey, Glaser, Kiecolt-Glaser, Marucha, 2001).

Cercetările care evaluează intervenţiile hipnotice pentru îmbunătăţirea funcţionării genomice celulare sunt încurajatoare, deşi nu sunt încă concludente (Castes *et al.*, 1999). Este important acum să descoperim mai multe în legătură cu „al treilea mesager" şi asocierea sa cu stresul, durerea şi răspunsul de vindecare (Samad *et al.*, 2001). O ipoteză este aceea că evenimentele de viaţă traumatice şi stresul cronic pot duce la desincronizarea dinamicii circadiene şi ultradiene a ciclului de bază activitate-odihnă de 90-120 de minute la nivel genomic celular (Kaufer, Friedman, Seidman, Soreq, 1998 ; Cho, 2001 ; Rossi, 2002, 2005). Rossi, Lippencott şi Basette (1995, p. 11) lansează ipoteza conform căreia stresul moderat „de asociere liberă" legat de problemele personale în timpul odihnei ultradiene poate reactiva ocazional codarea dependentă de stare a traumei sau problemelor induse de stres care duc la recuperarea amintirilor privitoare la sursa lor.

În timp ce domeniul imunologiei continuă să avanseze rapid trebuie să ne amintim că tehnicile metodologice prezente de evaluare a sistemului imunitar sunt încă relativ rudimentare. Este important ca fiecare studiu să fie evaluat critic în contextul limitărilor curente. Însă pe măsură ce literatura de cercetare se extinde clinicianul trebuie să ia în considerare contribuţia în creştere a psihoneuroimunolgiei în înţelegerea bolii legate de stres şi a psihosomaticii, precum şi implicaţiile pentru psihoterapie în general şi hipnoterapie în particular.

Factorii mediatori

Pot fi de asemenea identificaţi un număr de factori mediatori între stres şi boală (McDaniel, Moran, Levenson, Stoudemire, 1994), incluzând exerciţiul fizic (King, Blair, Bild, 1992), apartenenţa de gen (Stoney, Mathews, McDonald, Johnson, 1990), stilul de *coping* (Moos, Schaefer, 1984), evenimentele de viaţă (Schmale, Iker, 1996 ; Greene, 1966 ; Engel, 1971), personalitatea (Kissen, 1967 ; Greer, Morris, 1975 ; LeShan, 1977 ; Friedman, Thoresen, Gill, 1986 ; Grossarth-Maticek, Eysenck, Vetter, Fretzel-Beyme, 1986) şi suportul social (Wills, 1985). În calitate de clinicieni, este important să recunoaştem aceşti factori atunci când lucrăm cu pacienţi care au probleme legate de stres.

Catharsisul şi stresul

Heron (1998a) a dezvoltat o abordare explicativă utilă în înţelegerea stresului, care se bazează atât pe principii umaniste, cât şi psihodinamice. Autorul a presupus că orice persoană porneşte în viaţă cu tendinţe şi resurse intrinsec pozitive, inclusiv un număr de nevoi de bază organizate dialectic. Acestea includ nevoia de a iubi şi a-i îngriji pe ceilalţi, nevoia de auto-direcţionare şi auto-afirmare, cu o capacitate de auto-actualizare şi „vindecare” şi nevoia de a înţelege mediul extern şi intern. Madanes (2001) a sugerat o a patra nevoie, şi anume nevoia de a se căi pentru greşeli, fapte rele, leziunile produse altora şi de a ierta alte persoane pentru răul produs asupra sieşi. Aceste presupuneri de bază derivă din psihologia umanistă, mai ales din lucrările lui Carl Rogers (1951) şi Abraham Maslow (1973). Însă pentru ca fiinţele umane să

devină „pe deplin funcţionale” sau „auto-actualizate” este esenţială apariţia unui mediu optim în stadiile critice de dezvoltare (Erikson, 1950). Acest lucru este imposibil de realizat deoarece practicile sociale şi politice distorsionate (parentale, educaţionale, medicale, juridice) apar pe parcursul întregii noastre vieţi atât în mod deschis, cât şi la nivel ascuns şi blochează împlinirea nevoilor psihologice de bază. Heron sugerează că dacă nevoile sunt satisfăcute prin interacţiunea sănătoasă cu alţi oameni şi cu societatea atunci individul va deveni o fiinţă umană împlinită şi sănătoasă din punct de vedere psihosomatic. Una dintre sarcinile importante ale terapeutului este aceea de a ajuta pacientul în satisfacerea nevoilor sale personale, nu numai prin însuşi procesul terapeutic, ci şi prin intermediul relaţiei terapeut-pacient.

Atunci când e privată de satisfacerea nevoilor psihologice de bază, persoana va experimenta „stresul”. E demonstrat că acest tip de practici negative şi distorsionante au cea mai mare influenţă în primii ani de viaţă. De exemplu, nevoia de a fi iubit necondiţionat (şi forma sa activă, nevoia de a-i iubi pe alţii) nu este satisfăcută pentru că dragostea (aprobarea) nu este dată decât condiţionat, ceea ce înseamnă că înainte de a i se acorda dragostea copilul trebuie să se angajeze în comportamente care sunt aprobate de părinţi, profesori şi alţi adulţi semnificativi din viaţa sa. Experienţele de separare apar pe parcursul întregii vieţi – de exemplu, spitalizarea şi divorţul – ducând la experienţe emoţionale negative, precum un răspuns de tip suferinţă. Nevoia de informare este adesea împiedicată de practicile medicale, juridice şi educaţionale etc. alienante. Frustrarea resimţită la nivelul nevoilor psihologice poate duce la emoţii negative, precum tristeţe, furie, jenă şi ruşine, care în mod natural s-ar „descărca” în orice reacţii fiziologice şi comportamentale (catharsis). Dar asemenea emoţii sunt adesea

reprimate astfel încât experienţele asociate lor devin disociate de conştient, dar continuă să acţioneze ca funcţie psihosomatică care afectează dinamica. Heron numeşte acest proces închistare : „Distresul este ocluzionat astfel că durerea – care ar fi prea mare pentru ca un copil să o poată experimenta şi rezolva – nu intră în conştient şi nu distorsionează comportamentul, ci rămâne latent ca linie de stres în sistem. Aceasta este o formă puternică de inhibiţie protectivă autonomă”.

Societăţile moderne civilizate sunt în mod esenţial non-catharctice şi nu încurajează descărcările emoţionale decât în forme prescurtate în ceea ce priveşte locul, durata şi intensitatea. Heron (1998a) conchide că :

> Nu este o exagerare să caracterizăm societatea noastră ca fiind non-catharctică. Practicile de creştere a copiilor sunt în mare măsură non-catharctice : de la cea mai fragedă vârstă, copiii sunt constrânşi să-şi gestioneze emoţiile de distres, precum suferinţa, teama şi furia, prin controlarea, stăpânirea şi reţinerea lor în interior. Băieţii nu plâng, fetiţele nu se înfurie şi, în curând, băieţii şi fetiţele învaţă că acceptarea socială apare numai atunci când îşi ascund complet şi îşi îngroapă rănile personale (p. 8).

Totuşi există forme „esenţiale” de catharsis acceptate la nivel social, aşa cum este cel din artele expresive (teatru, muzică, poezie), sport şi practicile religioase (Scheff, 1979), precum şi în vis, râs şi intimitate. Dinamica reprimată sau „stresul istoric” continuă să afecteze funcţionarea psihologică şi poate fi un factor care contribuie la dezvoltarea unor boli majore cum este cancerul (Kisen, 1996, 1967 ; Kissen, Brown, Kissen, 1969). Pe de altă parte, potrivit lui Heron (1998a), descărcarea stresului are un profund efect terapeutic :

> Descărcarea stresului are efectul de a întrerupe constructul distorsionat, eliberând mintea pentru a realiza o evaluare cu adevărat

discriminativă a ceea ce se întâmplă în incidentele critice timpurii şi în reluările ulterioare. Inteligenţa persoanei, obstrucţionată anterior şi inhibată de tensiunea emoţională, va reevalua situaţiile cauzatoare de tensiune şi efectele lor pe măsură ce tensiunea se descarcă. Aici, *insight*-ul de bază este unul dinamic ; persoana vede clar de ce are nevoie în calitate de persoană autentică, vede felul în care nevoia sa, întreruptă şi îngheţată, a fost, împreună cu durerea asociată, forţa motivantă ascunsă din spatele unui set elaborat de comportamente distorsionate. *Insight*-urile asociate o eliberează de stereotipurile opresive şi de alte personaje din drama timpurie, astfel că ele sunt văzute global, ca fiinţe umane cu faţetele lor (p. 22).

Teoria dezvoltată de Heron se apropie, în ceea ce priveşte presupunerile esenţiale, de teoria propusă de Breuer şi Freud (1895/1955) :

i) Nevroza este produsă de „…traume psihice. Orice experienţă care face apel la afecte stresante – cum sunt frica, anxietatea, ruşinea sau durerea fizică – poate opera ca traumă, dacă nu a existat o reacţie energică la evenimentul provocator, astfel încât să fie descărcată…” (pp. 6, 8).
ii) Nevroza este vindecată „…prin evocarea amintirii evenimentelor prin care a fost provocată şi prin trezirea emoţiilor care o însoţesc ; pacientul trebuie să descrie acele evenimente cu lux de amănunte şi să «exprime emoţiile în cuvinte»” (p. 6).
iii) Sarcina terapeutului „…constă exclusiv în determinarea pacientului de a reproduce impresiile patogenetice care au produs nevroza, acordându-le importanţă prin exprimarea emoţională… Pentru aceasta, terapeutul trebuie să învingă rezistenţa sau apărarea, o forţă psihică din pacient… opusă conştientizării ideilor patogenetice” (pp. 268, 278, 283).
iv) Nevroza este în mod esenţial „o scindare a conştientului” între memorie şi emoţie şi leacul nevrozei este, în consecinţă,

vindecarea acestei scindări „care înlătură forţa operantă a ideei nedeclanşate la început…” (pp. 12, 17).

Acest punct de vedere a pus bazele multor abordări psihoterapeutice de scurtă durată (de exemplu, Alexander, French, 1946 ; Moreno, 1946 ; Davanloo, 1978 ; Reich, 1961 ; Perls, 1969). În centrul acestor sisteme terapeutice se află convingerea că stresorii istorici sunt mecanisme inconştiente şi dinamice care rezultă din experienţe traumatice timpurii reprimate (de exemplu, o suferinţă blocată, abuz sexual etc.), care necesită rezolvare. Reprimarea naturală poate fi augmentată de dezvoltarea aşa-numitelor strategii de *coping* sub formă de comportamente compulsive şi dependente (de exemplu, mâncare, alcool, droguri, fumat), care pot duce la probleme majore de sănătate fizică şi mentală şi care au fost discutate anterior. Boala poate fi o urmare a procesului de conversie isterică sau a somatizării, adică atunci când furia şi vina devin somatice.

Heron (1998a) afirmă că există patru forţe majore în procesul de reintegrare :

- imageria externă, stimulatoare din punct de vedere emoţional ;
- deschiderea interioară progresivă spre asocieri şi imagini ;
- presiunea fizică externă ;
- fortificarea voluntară a corpului din interior.

Primele două strategii pot fi realizate prin hipnoterapie în timp ce ultimele două intervenţii generice sunt în principal orientate bioenergetic. Însă nu există nici un motiv pentru care o abordare integrativă în hipnoterapie nu ar trebui să încoporeze toate aceste patru abordări.

Hipnoza

Scurt istoric

Deşi nu a avut niciodată un impact major asupra învăţăturilor din domeniul îngrijirii medicale şi tehnologiei, hipnoza a fost întotdeauna o parte a culturii medicale, influenţând-o din umbră. Popularitatea sa a crescut şi a fost în declin (Gauld, 1992). Din vremea „templelor vindecării" din Grecia antică, precum cel din Epidaurus (Nestoros, Vasdekis, Patakou-Parassiri, Safkianakis, 1998), şi până în timpuri mai apropiate, mai ales în practica lui Mesmer, Braid, Elliotson, Charcot, Freud şi Erickson – doar câţiva dintre adepţi –, hipnoza a avut rolul său în întreprinderile clinice şi medicale.

Mesmer

Anton Mesmer (1733-1815) este considerat părintele hipnotismului modern. Mesmer a obţinut o serie de vindecări într-o oarecare măsură uimitoare şi dramatice, în cazul unor persoane considerate incurabile din prisma abordărilor medicale tradiţionale. În timpul „ritualurilor hipnotice" au fost „magnetizaţi" aproximativ 30 de pacienţi, ţinând baghete de fier de 20-25 de centimetri, confecţionate dintr-un tub de stejar umplut cu pilitură de fier, apă şi sticlă pisată. Mesmer trecea printre pacienţi, lovindu-le braţele şi părţile bolnave, făcând „pase magnetice" asupra celor fără baghete cu bagheta sa şi fixând pacienţii cu privirea, ordonându-le să doarmă. Treptat, pacienţii deveneau agitaţi, urmând „criza". Unii pacienţi ţipau, transpirau şi manifestau convulsii ; erau urmaţi de alţii până când majoritatea celor prezenţi îşi „ventilau" emoţiile. Mesmer

susţinea că magnetismul animal producea criza şi că „vindecarea” consta chiar din criză. Trebuie menţionat de asemenea că Mesmer crea o atmosferă de încredere prin stabilirea unei bune relaţii cu pacienţii, permiţându-le astfel să „renunţe la mecanismele de apărare”, dând frâu liber descărcării. E posibil ca el să fi realizat că stările emoţionale sunt „contagioase” şi că este necesar un anumit grad de expectanţă.

În 1784, o Comisie de Anchetă a magnetismului animal a concluzionat că fluidul magnetic nu există şi că efectele terapeutice erau rezultatul imaginaţiei, contactului fizic şi imitării – adică condiţiile necesare pentru orice psihoterapie modernă. Hoareau (1998) susţine că Mesmer a îndeplinit condiţiile (adică factorii comuni) necesare în orice psihoterapie, şi anume : o bază teoretică (fluidul universal) ; o tehnică clar definită (reorganizarea fluidelor din corp) ; un „psihoterapeut” acţionând potrivit unei structuri ritualizate ; şi „pacienţii” aflaţi într-o stare de „credinţă receptivă”.

Elliotson şi Esdaile

Mai târziu, în secolul al XIX-lea, Elliotson şi Esdaile, printre alţii, au popularizat proprietăţile anestezice ale magnetismului, spre deosebire de „crizele” induse de Mesmer. Elliotson (1791-1868) a publicat o revistă proprie, *Zoist*, în care au fost descrise detaliat intervenţiile chirugicale fără durere, pe care doctorii le-au realizat prin utilizarea mesmerismului. Din nefericire, Elliotson credea în frenologie şi clarviziune, din acest motiv cercetările sale privitoare la hipnotism fiind neglijate mult timp. Cu toate acestea, a avut o mare experienţă şi a lăsat în urmă multe înregistrări ale unor leacuri *bona fide* (Erickson, 1934).

Esdaile (1808-1859) a studiat hipnoza, fiind stimulat de rapoartele lui Elliotson (Erickson, 1934). A realizat sute de

operaţii încununate de succes, folosind „transa mesmerică" şi a continuat să folosească mesmerismul ca analgezic până când cloroformul a devenit de uz general în 1847. Însă teoria „magnetismului animal" a fost complet respinsă de Abatele de Faria, un preot portughez (Faria, 1906) şi mai târziu de James Braid (1843). Faria şi-a dat seama că susceptibilitatea hipnotică nu depinde de o forţă specială a hipnotizatorului, ci aproape în întregime de abilităţile naturale ale pacientului. El a înţeles faptul că sugestia era cea care făcea ca membrii audienţei să intre în transă somnabulistică. În spectacolele sale de vaudeville a sugerat cu voce înceată, dar autoritară ca o persoană să „adoarmă". A demonstrat că nu este nevoie să presupunem existenţa unui magnetism animal şi, mai mult decât atât, că transa poate fi realizată prin sugestie, astfel punând bazele procedurilor tipice de inducţie folosite în zilele noastre.

Braid

Braid a respins ideea magnetismului şi a dezvoltat teorii proprii ale susceptibilităţii şi sugestibilităţii crescute. În 1843 a publicat cartea *The Rational of Nervous Sleep Considered in Relation with Animal Magnetism* şi „cuvântul hipnoză a fost derivat din neurohipnologie şi hipnologie" (Waxman, 1986, p. 4). Iniţial, Braid a indus o stare artificială prin fixarea privirii asupra unui obiect strălucitor. Însă mai târziu şi-a dat seama că putea obţine acelaşi rezultat prin concentrarea susţinută asupra vocii hipnotizatorului. În scrierile sale ulterioare, Braid (1846, 1855/1970) a abandonat multe dintre teoriile sale fiziologice şi s-a concentrat cu precădere asupra aspectelor psihologice ale hipnozei, demonstrând că fenomenele observate sunt produsul imaginaţiei pacientului, puternic influenţate de sugestiile terapeutului, fie deliberate, fie accidentale.

Charcot şi Bernheim

În anii 1880 s-a iscat o controversă între două şcoli de hipnotism, una reprezentată de Charcot la Salpętrière, iar cealaltă de Bernheim la Universitatea din Nancy. Bernheim susţinea că hipnoza este rezultatul sugestiei şi accentua faptul că oamenii normali pot fi hipnotizaţi. Punctele sale de vedere au fost preluate iniţial de la Liébault (1823-1903), care a avut un succes remarcabil în tratarea pacienţilor prin sugestie în transă hipnotică. El le sugera foarte încet pacienţilor săi că sunt gata să adoarmă şi mulţi dintre ei intrau în transă. Atunci când erau în „transă" le inocula sugestii potrivit cărora îi va ajuta să scape de simptomele pe care le aveau. Din punctul său de vedere, sugestiile erau cele importante, şi nu mijloacele de inducere a transei hipnotice. Abordarea lui Liébault a fost probabil cea mai clară schimbare de la hipnoza negativă la cea pozitivă ; utilizarea sugestiei silenţioase activa sistemul nervos parasimpatic al pacientului, producând o stare de transă calmă în locul celei isterice (Shone, 1994).

Bernheim (1886/1957) descria hipnoza drept :

> exaltarea excitabilităţii reflexelor ideomotorii, care afectează transformarea inconştientă a gândurilor în mişcare, necunoscută de voinţă… Mecanismul sugestiei în general poate fi rezumat în următoarea formulă : creşterea reflexelor ideomotorii, ideonsenzoriale şi a ideoexcitabilităţii (p. 138).

El a introdus conceptul de *stadii ale hipnozei* : subiectul putea fi uşor, moderat sau profund hipnotizat şi Bernheim a realizat o scală cu nouă grade de hipnoză. Pentru Bernheim, fenomenul sugestiei era „o funcţie nu a unei stări magnetice (Mesmer), nici a somnului indus (Liébault) şi nici a unei stări

hipnotice (Braid), ci a unor anumite caracteristici fiziologice ale creierului oprite în starea de veghe” (Hoareau, 1998, p. 63).

Charcot, pe de altă parte, a dezvoltat o teorie a patologiei şi sugera că hipnoza era o stare patologică a pasivităţii care progresa de la letargie şi catalepsie la somnabulism mai degrabă decât la o activitate crescută. În 1882, Charcot a prezentat o lucrare despre hipnotism la Academia de Ştiinţe, în care redat o descriere detaliată a stării de transă. Acest eveniment a adus după sine o schimbare radicală a atitudinii faţă de hipnoză în Franţa. În 1884 şi 1885, Charcot a reuşit să reproducă „artificial” paralizia ne-organică prin utilizarea hipnozei. De asemenea, în studiile sale asupra amneziei dinamice a deschis calea descoperirii amintirilor inconştiente, în care arăta că amintirile uitate pot fi recuperate prin hipnoză. Demonstraţiile lui Charcot de la Salpętrière au exercitat o influenţă profundă şi l-au motivat pe Freud în decursul şederii sale la Paris. Charcot a murit în 1895, hipnoza fiind din nou tratată cu scepticism în Franţa ; excepţie au făcut cercetările lui Pierre Janet care a avut o influenţă considerabilă asupra specialiştilor din SUA. Janet a perceput starea hipnotică ca o suprimare a controlului personal, urmată de o reducere a facultăţilor critice şi de probabilitatea crescută de implantare a unei sugestii (terapeutice), precum şi în transpunerea acesteia în acţiune sau credinţă.

Freud şi Breuer

Freud, care împreună cu Joseph Breuer a promovat ideile de regresie hipnotică şi psihoterapie dinamică, a respins mai târziu hipnoza în favoarea noii sale şcoli de psihanaliză, având un profund efect negativ asupra dezvoltării hipnozei. Iniţial, Sigmund Freud a studiat alături de Charcot şi a fost interesat

de hipnoză pe parcursul întregii sale vieţi. În 1889 s-a îndepărtat de perspectiva lui Charcot, înclinând spre cea a şcolii de la Nancy care se concentra asupra sugestiei în detrimentul isteriei, considerând că pacienţii îşi amintesc mai frecvent amintirile reprimate în cursul unui proces al hipnozei benefic. Se pare că Freud era un hipnotizator foarte slab, fiind limitat de stilul autoritar simplu de inducţie, şi în 1896 a respins ritualul de inducţie hipnotică pe motiv că era ne-necesar şi în măsură să declanşeze avansuri amoroase nedorite din partea pacientelor. Deşi Freud a renunţat la abordările autoritare directe din hipnoză, se poate spune că procedura sa de a le permite pacienţilor să stea pe canapea şi să asocieze liber e similară cu o formă indirectă de inducţie hipnotică. El a înlocuit procedura hipnotică cu simpla plasare a mâinii sale pe fruntea subiectului pentru a ajuta la ceea ce credea că este relaţia socială potrivită de dominare a doctorului în relaţia cu pacientul. Freud descrie utilizarea modelului lui Bernheim pentru a accesa inconştientul şi a îndepărta simptomele prin sugestie directă, după cum urmează :

> Acest experiment uimitor şi instructiv mi-a servit ca model. Am decis să pornesc de la presupunerea că pacienţii mei ştiu tot ceea ce are semnificaţie patogenă şi că era doar o chestiune de a-i obliga să o comunice.
> Astfel, atunci când am ajuns la punctul în care, după ce am adresat pacientului unele întrebări precum „de cât timp aveţi acest simptom ? ” sau „care este originea lui ? ”, am fost întâmpinat cu răspunsul „chiar nu ştiu”, am continuat în modul următor :
> Mi-am plasat mâna pe fruntea pacientului sau i-am luat capul între mâini şi i-am spus : „Te vei gândi la asta sub presiunea mâinilor mele. În momentul în care voi slăbi presiunea vei vedea ceva în faţa ta sau îţi va veni în minte ceva. Agaţă-te de acel lucru. Va fi ceea ce căutăm. Ei bine, ce ai văzut sau ce ţi-a apărut ? (Breuer, Freud, 1985/1955, p. 110).

Apoi continuă să explice metoda presiunii cu mâna ca formă de „comunicare care poate fi înlocuită de orice alt semnal sau printr-un exerciţiu sau influenţă fizică asupra pacientului pentru o hipnoză intensificată «pe moment»”. Accentul asupra comunicării mai degrabă decât asupra sugestiei este principala schimbare de la centrarea pe sugestia hipnoterapeutică la prelucrarea hipnoterapeutică (de exemplu, utilizarea ideodinamică a limbajului şi a semnalizării minte-corp) care a fost în centrul atenţiei în ultimele trei decenii (Rossi, 1996, p. 184). Conceptul prelucrării hipnoterapeutice este discutat în detaliu în capitolul 3.

În prima jumătate a secolului XX s-a înregistrat un declin în utilizarea hipnozei în psihiatrie. Ellenberger (1970) reflectă asupra principalelor schimbări culturale, sociale, politice şi ştiinţifice care au condus la declinul a ceea ce el numeşte „prima psihiatrie dinamică”. Însă interesul pentru hipnoză a cunoscut un reviriment temporar ca urmare a apariţiei unui mare număr de tulburări funcţionale în timpul primului război mondial. Brown (1920, 1921) a utilizat regresia de tip freudian, premiţând soldaţilor să retrăiască experienţele de luptă în cursul hipnozei şi a inventat termenul *hipnoanaliză*.

Recunoaşterea actuală a hipnozei în medicină se datorează în mare parte eforturilor unor pionieri din domeniul studiului experimental al hipnozei, începând cu anii 1920 şi 1930. Primii cercetători au fost Clark Hull şi apoi studentul său, Milton Erickson. Hull (1933/1968) a susţinut că hipnoza este o stare de excitaţie – un punct de vedere congruent cu perspectiva actuală. În hipnoza clinică, s-a înregistrat o renunţare treptată la tehnicile de inducţie directe. Acest lucru era evident nu numai în lucrările lui Freud, ci şi în cele ale lui Jung (1902/1957) şi Perls (Perls, Hefferline, Goodman, 1951). Rossi (1996) explică :

Vedem fiecare dintre inovaţiile lor majore – asocierea liberă, imaginaţia activă şi dialogul Gestalt – ca ritualuri uşoare de inducţie care stimulează o stare specială de comunicare terapeutică şi expectanţă, ce schimbă locusul controlului de la autoritatea terapeutului la creativitatea intrinsecă a pacientului. Aceste noi ritualuri de inducţie par să păstreze ceva din semnele hipnozei naturaliste (p. 191).

Erickson şi Rossi : directiva implicată

Deşi Erickson a utilizat multe tipuri de sugestii directe în cariera sa, el a fost pionierul folosirii sugestiilor indirecte prin „recurgerea la propriul sistem de credinţe al clientului şi la resursele sale interioare" (Erickson, Rossi, 1979, p. 119). Erickson şi Rossi au privit „implicarea" ca fiind esenţa dinamicii sugestiei, deoarece nu este important ce spune terapeutul, ci ceea ce face pacientul cu ceea ce spune terapeutul. În formularea implicaţiilor psihologice trebuie să se ţină cont de faptul că terapeutul furnizează doar un stimul ; ascultătorul creează aspectele hipnotice ale implicaţiilor psihologice la nivel inconştient.

Erickson a explicat că abordarea sa este naturalistă prin faptul că observă foarte atent comportamentul firesc al pacientului şi utilizează în mod repetat limbajul acestuia, perspectiva sa asupra lumii şi resursele sale interioare pentru a-l ajuta să-şi rezolve problemele în propriul fel. În consecinţă, abordarea ericksoniană este strategică, terapeutul fiind responsabil în mod activ de stabilirea scopurilor, planificarea tratamentului şi operaţionalizarea intervenţiilor potrivite pentru realizarea acelor scopuri. Erickson considera că oamenii deţin în interior toate resursele necesare rezolvării problemelor lor. Însă în anumite contexte ei nu sunt capabili să acceseze aceste resurse, poate din cauză că nu cred în existenţa acestor resurse sau pentru că

reţeaua socială nu le stimulează sau nu le permite să se manifeste într-un anumit context. Deoarece resursele sunt de obicei reapelate şi reasociate prin utilizarea tehnicilor indirecte, adesea, pacientul şi terapeutul nu sunt conştienţi de rezultatele terapiei până la un anumit moment, în care contactul cu persoane semnificative creează cadre potrivite pentru observarea schimbărilor.

Milton Erickson a murit în 1980, dar a lăsat în urmă nişte continuatori perseverenţi, numeroase contribuţii importante în domeniu şi câteva şcoli de psihologie aplicată, bazate pe conceptele sale asupra terapiei strategice indirecte şi sugestiei şi pe procesele inconştiente ipotetice şi formele indirecte de comunicare umană (Haley, 1973, 1976 ; Lankton, Lankton, 1983 ; Rossi, 1996).

Ce este hipnoza ?

Există numeroase definiţii ale hipnozei, care diferă funcţie de perspectiva teoretică, dar cele două prezentate mai jos sunt reprezentative printre definiţiile existente în prezent :

> În mod tipic, hipnoza cuprinde o introducere în procedură în cursul căreia subiectului i se comunică faptul că îi vor fi prezentate sugestii pentru o experienţă imaginativă. Inducţia hipnotică este o sugestie iniţială extinsă prin care se solicită utilizarea imaginaţiei proprii, putând conţine o extensie ulterioară a introducerii. Procedura hipnotică este utilizată pentru a încuraja şi evalua răspunsul la sugestie. Atunci când se foloseşte hipnoza, o persoană (subiectul) este ghidată de o altă persoană (hipnotizatorul) pentru a răspunde la sugestiile de schimbare a experienţei subiective, modificări ale percepţiei, senzaţiilor, emoţiilor, gândurilor sau comportamentelor. Persoanele pot de asemenea să înveţe auto-hipnoza, care este actul administrării procedurilor hipnotice

de unul singur. Dacă subiectul răspunde la sugestiile hipnotice se spune că a fost indusă transa hipnotică. Mulţi cred că răspunsurile şi experienţele hipnotice sunt caracteristice unei stări hipnotice. În timp ce unii cred că nu este necesar să folosim cuvântul „hipnoză” ca parte a inducţiei hipnotice, alţii îl consideră esenţial. Detaliile procedurilor şi sugestiilor hipnotice diferă funcţie de scopurile practicianului şi scopurile întreprinderii clinice sau de cercetare. Procedurile implică în mod tradiţional sugestia de relaxare, deşi relaxarea nu este necesară pentru hipnoză ; se pot folosi sugestii variate, inclusiv aceea de a deveni mai alert. Sugestiile care permit evaluarea gradului de hipnoză prin compararea răspunsurilor cu scale standardizate se pot folosi atât în mediul clinic, cât şi în cercetare. Majoritatea indivizilor răspund cel puţin la unele sugestii, dar scorurile pe scalele standardizate variază de la înalt la neglijabil. Tradiţional, scorurile sunt grupate în scăzute, medii şi înalte. Aşa cum este cazul altor măsurători pe scală pozitivă ale unor constructe psihologice, precum atenţia şi conştienţa, nivelul realizării hipnozei creşte odată cu scorul individual (Asociaţia Americană de Psihologie, 2005).

Termenul *hipnoză* denotă o interacţiune dintre o persoană, „hipnotizatorul”, şi o altă persoană sau persoane, „subiectul” sau „subiecţii”. În această interacţiune, hipnotizatorul încearcă să influenţeze percepţiile, sentimentele, gândirea şi comportamentul subiectului, cerându-i să se concentreze pe idei şi imagini care ar putea stimula efectele scontate. Comunicarea verbală folosită de hipnotizator pentru a obţine aceste efecte este numită „sugestie”. Sugestiile diferă de instrucţiunile de zi cu zi prin faptul că subiectul experimentează un comportament involuntar sau lipsă de efort (fragment din Proiectul BPS elaborat de BSECH, septembrie 2000, www.ucl.ac.uk/hypnosis).

Speigel şi Spiegel (2004) subliniază că „experienţa hipnotică autentică poate fi definită ca hipnoză formală numai atunci când este indusă cu bună ştiinţă de operator, răspunsul subiec-

tului fiind ghidat în totalitate şi încheindu-se la semnalul operatorului” (p. 35).

Când o persoană este „hipnotizată” intră în transă, ceea ce înseamnă o stare modificată de conştienţă sau o stare specială a minţii. Această „teorie a stării” în hipnoză este în contradicţie cu teoriile „non-stării”, care propun o explicaţie sociocognitivă mai degrabă decât una psihologică. Pentru o discuţie pe marginea „stării” şi „non-stării”, vezi Kirsch şi Lynn (1995). Oamenii intră adesea în transă sau sunt „hipnotizaţi” în mod firesc şi spontan atunci când se implică în activităţi care le „absorb atenţia”, cum sunt privitul la televizor, lectura unei cărţi, actul sexual, ascultarea muzicii sau practicarea auto-hipnozei. Hipnoza formală încurajează pacienţii să :

- îşi concentreze atenţia (de exemplu, ascultând vocea terapeutului) ;
- să nu acorde atenţie mediului înconjurător (de exemplu, prin închiderea ochilor) ;
- să se lase absorbiţi de o activitate, imagine sau sentiment (de exemplu, imaginându-şi locul preferat).

Este posibil ca acest proces să fie încununat de mai mult succes dacă pacientul este motivat şi cooperant şi are expectanţe pozitive legate de rezultat. Există de asemenea clinicieni care cred că anumiţi oameni, cu hipnotizabilitate crescută, au o capacitate mare de a intra în transă, în comparaţie cu cei având o hipnotizabilitate scăzută. De exemplu, Spiegel şi Spiegel (1978) abordează hipnotizabilitatea prin intermediul Profilului de Inducţie Hipnotică sau HIP (vezi discuţia şi intervenţia 1 din capitolul 3), împreună cu inventarul de personalitate. Ei concluzionează :

> Cele trei personalităţi care rezultă potrivit acestor date sunt : dionisian, apolonian şi odiseean. Dionisienii sunt intuitivi,

> sentimentali şi au încredere în ceilalţi ; ei tind să aibă o hipnotizabilitate crescută. Apolonienii sunt logici, organizaţi şi preferă să conducă decât să urmeze. Ei tind să se regăsească printre cei cu hipnotizabiliatate scăzută. Odiseenii fluctuează între acţiune şi deznădejde şi sunt mai echilibraţi în dialectica gândirii şi sentimentelor (p. 96).

Atunci când pacienţii sunt în transă, ei sunt în general mai deschişi sugestiilor directe ale terapeutului. Deşi cele mai multe „fenomene hipnotice" pot apărea spontan în afara unei intervenţii hipnotice, următoarele efecte sunt posibile prin sugestie, fie în heterohipnoză, fie în auto-hipnoză :

- relaxare ;
- comportamente ideomotorii (de exemplu, levitaţia braţului) ;
- comportamente ideosenzoriale (de exemplu, analgezia) ;
- amnezie ;
- sugestie post-hipnotică ;
- regresie ;
- comportamente halucinante.

Punctul de vedere conform căruia hipnoza nu este un tip de psihoterapie în sine, ci un catalizator care promovează alte tipuri de terapii şi tratamente prin facilitarea efectelor ca urmare a sugestibilităţii crescute şi fenomenelor hipnotice ulterioare este propriu discuţiei anterioare. În cadrul acestei abordări „tradiţionale", detaliile procedurilor şi sugestiilor hipnotice diferă funcţie de scopurile practicianului şi cele clinice sau de cercetare. Spiegel şi Spiegel (2004) constată : „faptul că hipnoza ar fi o terapie este de asemenea un mit supărător. Evităm termenul *hipnoterapeut* pentru că hipnoza în sine nu este terapie… Ea poate creşte eficacitatea pishoterapiei, dar nu este în sine un tratament" (p. 16).

Oakley, Alden şi Degun-Mather (1996, p. 504) enumeră o serie de proprietăţi ale hipnozei, relevante pentru hipnoza clinică :

- sugestibilitate crescută sau cel puţin o dispoziţie mai deschisă, de acceptare a sugestiilor într-un mod mai puţin critic ;
- capacitate crescută de imagerie şi joc de rol, astfel încât evenimentele imaginate sunt experimentate ca fiind reale ;
- acces mai facil la amintirile din copilărie, deşi acestea nu reprezintă o întoarcere literală la un anumit stadiu de dezvoltare cognitivă ;
- testare a realităţii redusă. O mai mare toleranţă la incongruenţele logice – aşa-numita „logică a transei" ;
- răspunsuri mai bune la relaxare, care pot fi învăţate şi aplicate în situaţiile de zi cu zi ;
- alianţă mai bună ;
- expectanţe mai mare în ceea ce priveşte rezultatele pozitive ale terapiei ;
- concentrare mai profundă şi dezvoltarea abilităţii de ignorare a sentimentelor şi gândurilor involuntare ;
- posibilitatea de a crea, dezvolta şi controla experienţele disociative.

Este evident că aceste proprietăţi cresc calitatea terapiei.

Prelucrarea hipnoterapeutică

Erickson şi Rossi (www.ernestrossi.com ; erickson-foundation.org) consideră că „transa hipnotică" poate vindeca prin ea însăşi şi, mai mult decât atât, că toată lumea este capabilă de a ajunge la un nivel adecvat al transei. Rossi (1996) sugerează că efortul hipnoterapeutic, facilitat de utilizarea ideodinamică a limbajului şi semnalizarea minte-corp, poate fi utilizat pentru producerea

unor schimbări psihosomatice la pacient. Prelucrarea hipnoterapeutică asigură o cale de acces şi facilitează vindecarea psihobiologică şi creativitatea în gestionarea stresului. Erickson a constatat faptul că pacienţii se angajează adesea în stări naturale de vindecare care durează între 10 şi 20 de minute. El numeşte aceste perioade de vindecare „transa comună zilnică” şi sugerează că pacienţii pot folosi aceste perioade de concentrare internă pentru a avea un acces mai bun la emoţiile, intuiţiile şi gândurile lor cele mai profunde. Rossi (1996) consideră că :

> Transa comună zilnică apare ca o perioadă în care se întredeschide fereastra dintre conştient şi inconştient. Deoarece conştiinţa interioară este sursa celor mai profunde intuiţii ale noastre, oamenii sunt foarte creativi şi pot trăi *insight*-uri, fantezii şi salturi intuitive în timpul acestor momente de meditaţie. Transa comună zilnică poate fi de asemenea o perioadă de deschidere şi vulnerabilitate faţă de influenţele exterioare ; sugestiile primite în aceste momente sunt mai uşor acceptate (p. 130).

Erickson a numit folosirea transei comune zilnice „abordare naturalistă sau prin utilizare”, deoarece considera că lasă pur şi simplu oamenii să facă apel la resursele naturale pentru a-şi rezolva propriile probleme psihosomatice în timpul perioadelor ultradiene. Rossi a dezvoltat ulterior o nouă teorie a hipnozei terapeutice şi auto-hipnozei, precum şi a comunicării minte-corp şi vindecării. El scrie :

> Stresul cronic şi excesiv poate produce simptome prin distorsionarea ritmurilor noastre normale ultradiene/circadiene ; hipnoza poate ameliora aceste simptome pur şi simplu prin furnizarea unei ocazii prin care ritmurile naturale minte-corp să se normalizeze. Sugestia hipnotică poate funcţiona pentru că ea se potriveşte şi sincronizează procesele naturale ale odihnei ultradiene şi circadiene, ale restaurării şi vindecării. Secretul trecerii de la boală la

sănătate şi apoi la nivele înalte de performanţă şi stare de bine se află în recunoaşterea şi facilitarea resurselor creative ale persoanei în timpul întredeschiderii acestor ferestre către interior şi refaceri care apar periodic timp de aproximativ 20 de minute la fiecare oră şi jumătate pe parcursul zilei (Rossi, 1982, p. 24).

Rossi şi colaboratorii săi detaliază în continuare :

Ne simţim cel mai bine atunci când ne sincronizăm eforturile în funcţie de perioadele de performanţă, precum şi de recuperare şi vindecare. Adesea, stresul, simptomele corporale şi problemele psihologice sunt semnale că am forţat limitele peste ritmurile naturale şi că nu am reuşit să ne sincronizăm cu propria noastră natură psihobiologică (p. 6).
Credem că în cursul fiecărei zile din viaţă lor, cei mai mulţi oameni au un deficit de „refacere şi odihnă ultradiene”, adică sar una sau mai multe faze de odihnă şi refacere, respectiv 20 de minute din ciclul de bază odihnă-activitate la fiecare 90 de minute pe parcursul zilei (p. 11).

Erickson a folosit termenul *inconştient* pentru a numi centrul persoanei. Pentru el, sarcina terapeutică consta în a crea condiţiile care să încurajeze şi să faciliteze scoaterea la iveală a resurselor inconştiente ca forţă pozitivă. Autorul scrie (1977) : „încercăm astfel să facem hipnoterapie la nivel inconştient doar pentru a da pacientului ocazia de a transfera înţelegerea şi *insight*-ul în conştient atât cât este necesar” (p. 21).

Un aspect important al abordării lui Erickson a fost explicarea condiţiilor pentru optimizarea atât a sugestiilor directe, cât şi a celor indirecte prin utilizarea sistemului propriu de credinţe al clientului şi a resurselor sale interioare (Erickson, Rossi, 1979). Erickson considera că sugestia hipnotică este de fapt procesul de evocare şi utilizare a propriilor procese mentale ale pacientului în modalităţi aflate

în afara domeniului uzual de control al ego-ului. Erickson (în jurul anului 1950) scrie : „Hipnoza nu este o procedură mistică, ci mai degrabă o utilizare sistematică a învăţăturilor dobândite – şi anume învăţăturile extinse acumulate prin însuşi procesul de a trăi”. Cu alte cuvinte, nu este important ceea ce spune terapeutul, ci mai degrabă ceea ce face pacientul cu ceea ce spune terapeutul. Aceasta a fost numită „directiva implicată” (Erickson, Rossi, Rossi, 1976 ; Rossi, Lippencott, Bessette, 1994 ; Rossi, 1996).

> Directiva implicată este astfel o modalitate de facilitare a unei stări intense de învăţare internă şi rezolvare de probleme. Putem presupune că toate resursele mentale ale pacientului sunt disponibile (de exemplu, amintirile stocate, tiparele de asociere senzorială şi verbală, diferitele forme de învăţare precedente etc.), fiind puse în mişcare într-o stare de învăţare creativă şi rezolvare de probleme (Rossi, 1995a, p. 11).

Din afirmaţia de mai sus reiese faptul că inconştientul îndeplineşte sugestiile şi de asemenea semnalizează realizarea acestora prin comportament ideodinamic (de exemplu, mişcarea unui deget de la mână). Ulterior, Rossi a presupus că directiva implicată facilitează sinteza internă a unor noi structuri proteice care pot funcţiona ca bază a noului comportament şi a experienţei fenomenologice pentru pacient. Directiva implicată a devenit piatra de temelie a abordării hipnoterapeutice a lui Rossi, astfel că acesta a reformulat-o ca un sistem în trei stadii numit „întrebarea de accesare bazală”, în care „directiva” este transformată într-o întrebare. Rossi afirmă că această redefinire a crescut importanţa concentrării asupra pacientului, precum şi gradul de activare a resurselor interioare ale acestuia : „Chiar şi atunci când nu pare să se întâmple nimic, atenţia pacientului se centrează asupra proceselor esenţiale de comu-

nicare cu sinele şi se câştigă timp pentru continuarea dezvoltării terapeutice în viitor” (Rossi, 1995a, p. 129. Iată câteva exemple (Rossi, 1995a, p. 13) :

i) atunci când conştiinţa ta interioară este pregătită ;
ii) să-ţi rezolve problema ;
iii) mânile tale se vor apropia de la sine ?

i) atunci când sinele tău interior poate accesa ;
ii) toate resursele, amintirile şi emoţiile legate de problema ta ;
iii) va coborî de la sine una din mâinile tale ?

i) atunci când inconştientul tău ştie ;
ii) că poate continua vindecarea internă şi atunci când mintea ta conştientă ştie că poate coopera ajutându-te să recunoşti acele perioade ale zilei în care ai nevoie să te odihneşti pentru vindecare (o pauză de odihnă de 15-20 de minute) ;
iii) te vei trezi ?

Rossi consideră că întrebarea de accesare bazală, în formele sale variate, poate fi privită un element indispensabil al psihoterapiei în general şi al hipnoterapiei în particular. El argumentează că atitudinile pozitive asociate cu mesmerismul (de exemplu, imaginaţia, speranţa şi credinţa) sunt „stările cele mai uşor observabile asociate cu munca psihobiologică cea mai profundă de optimizare a comunicării minte-corp şi de rezolvare cu succes a problemelor, care constituie baza reducerii stresului şi vindecării în hipnoză” (1996, p. 120). Acest punct de vedere admite că problemele emoţionale induc o presiune dinamică înspre rezolvare, ocurentă atunci când pacientul se află într-un mediu sigur şi suportiv. Rossi (1996) concluzionează :

> o sursă majoră de stres şi de boală psihosomatică se regăseşte în abuzul cronic al ritmurilor naturale minte-corp referitoare la performanţă şi vindecare… Se consideră că abordările curente în vindecarea holistică (hipnoză, meditaţie, imagerie, ritual, rugăciune, biofeedback etc.) au un numitor comun reprezentat de facilitarea periodicităţii adaptative referitoare la performanţă şi vindecare – şi anume răspunsul de vindecare ultradian de 20 de minute, care, aparent, joacă un rol în coordonarea sistemelor majore ale auto-reglării minte-corp la fiecare 90-120 de minute pe parcursul zilei (p. 180).

Rossi evidenţiază faptul că sugestiile sunt facilitatori ai experienţei creative mai degrabă decât un mijloc de programare, perspectivă congruentă cu punctul de vedere actual al neuroştiinţei referitor la expresia genetică dependentă de activitate şi neurogeneza implicată în crearea şi recrearea minţii, memoriei şi conştienţei. Acest punct de vedere contrastează puternic cu ideea că hipnoza este o stare pasivă.

Consideraţii privind hipnoză şi hipnoterapie

Următoarele consideraţii sunt prezente pe tot parcursul cărţii, fiind redate formal în acest punct deoarece au o influenţă considerabilă asupra modului de realizare a psihoterapiei şi managementului stresului. Asemenea postulate fundamentale caracterizează toate psihoterapiile, deşi nu sunt întotdeauna prezentate şi adesea apar ca alternative :

i) starea hipnotică sau „transa” este naturală şi apare fără inducerea formală de către „hipnoterapeut” ;
ii) orice hipnoză este auto-hipnoză ;
iii) oamenii au o minte inconştientă, în care se regăsesc resursele necesare vindecării şi auto-realizării ;

iv) pacientul se poate angaja în procesul cunoscut sub numele de „căutare inconştientă" pentru a-şi recupera resursele inconştiente astfel încât să găsească soluţii la propriile probleme ;
v) starea de transă facilitează procesul inconştient intern de vindecare psihosomatică (incluzând procesele de expresie genetică şi neurogeneză) ;
vi) o căutare inconştientă a dinamicilor reprimate care sunt responsabile de sprijinirea şi menţinerea simptomatologiei este posibilă prin utilizarea variatelor abordări hipnoanalitice, fiind de asemenea implicită în abordarea hipnoterapeutică a lui Rossi.

Strategiile de gestionare şi prevenire a stresului sugerate în această carte au la bază o interpretare a abordărilor ericksoniene, incluzându-le atât pe cele dezvoltate mai recent de Rossi, cât şi pe cele tradiţionale. În abordarea tradiţională, hipnoza este de obicei considerată o strategie secundară sau catalitică, care facilitează şi îmbunătăţeşte o strategie primară, precum terapia cognitiv-comportamentală sau terapia psihodinamică. În acest caz, pacientul dă dovadă de o sugestibilitate crescută (în hipnoză) şi ca atare este mai deschis în a accepta sugestiile (instrucţiunile) date de terapeut. Pot fi adresate sugestii pentru facilitarea exteriorizării fenomenelor hipnotice relevante, deşi acest proces poate apărea uneori şi spontan. Într-o meta-analiză realizată pe 18 studii în care terapia cognitiv-comportamentală a fost comparată cu aceeaşi terapie la care s-a adăugat hipnoza, s-a arătat că hipnoza a îmbunătăţit substanţial rezultatul tratamentului (Kirsch, Montgomery, Sapirstein, 1995). Efecte vizibile s-au înregistrat mai ales în tratamentul obezităţii, în care pacienţii trataţi prin hipnoză au continuat să piardă în greutate după finalizarea terapiei.

Abordarea ericksoniană este orientată mai mult asupra procesului decât asupra conţinutului, deoarece terapeutul este cel care facilitează auto-explorarea şi auto-vindecarea pacienţilor, încurajează pacienţii să folosească propriul limbaj, propriul punct de vedere despre lume şi propriile resurse interioare pentru rezolvarea problemelor într-un mod personal.

Hipnoza şi managementul stresului

Când o persoană experiementează stresul, acesta manifestă adesea tendinţa iniţială de a adopta o atitudine stoică, sindromul „buzelor strânse”. Sentimentele caracteristice acestui sindrom sunt reflectate de următoarele propoziţii : „asta e viaţa”, „ar putea fi mai rău”, „trebuie să te obişnuieşti cu astfel de lucruri”, „viaţa merge înainte”, „nu e o gaură în cer”, „să privim partea bună a lucrurilor”, „să nu ne plângem” etc.. Există numeroase situaţii în care o asemenea abordare a vieţii poate fi constructivă în managementul personal al stresului.

Intervenţiile clinice, inclusiv cele care folosesc hipnoza, pot viza oricare dintre nivelele descrise mai jos (vezi figura 2.4) :

- asistarea pacientului în evaluarea realistă a stresului cotidian ;
- ajutarea pacientului pentru a recunoaşte şi întări experienţele pozitive şi a crea unele noi ;
- gestionarea directă a răspunsului la stres prin utilizarea tehnicilor terapeutice generale precum relaxarea, întărirea eului, recadrarea sau restructurarea cognitivă ;
- accesarea resurselor de vindecare inconştiente pentru vindecarea psihosomatică şi recadrare (de exemplu munca hipnoterapeutică a lui Rossi) ;

- gestionarea strategiilor de *coping* ineficiente, adesea asociate cu stresul, de exemplu, fumatul, consumul de alcool, obiceiuri alimentare (cum este supraalimentarea) ;
- gestionarea efectelor pe termen mai lung produse de stresul cronic, de exemplu, probleme psihosomatice, alcoolism, obezitate, diminuarea calităţii vieţii ;
- identificarea stresorilor (actuali sau istorici) şi gestionarea lor terapeutică („retrăirea situaţiei”, catharsisul, recadrarea, restructurarea, consilierea relaţională, terapia familială etc.) ;
- asistarea pacientului în identificarea şi modificarea factorilor mediatori, cum sunt suportul social, exerciţiul fizic şi mecanismele de *coping* ;
- ajutarea pacientului pentru a identifica şi schimba modul în care evaluează factorii potenţial stresanţi ;
- ajutarea pacientului pentru a deveni mai asertiv astfel încât să se poată angaja în acţiuni adecvate la nivel personal, social şi politic.

Gravitz şi Paga (2002) fac un rezumat util al abordărilor hipnotice în gestionarea problemelor legate de stres.

Metodele hipnoterapiei

Am amintit deja faptul că unii practicieni ai hipnozei (de exemplu, Rossi, 1996) consideră că pacientul are resursele interioare pentru schimbare şi că hipnoza este necesară pentru a accesa aceste resurse inconştiente (creativitate, potenţialitate, vindecare). În consecinţă, sarcina terapeutului este de a facilita procesul vindecării inconştiente a pacientului, utilizând „limbajul inconştientuui” ; de exemplu, prin folosirea metaforelor, poveştilor, a directivei implicate şi a întrebării de accesare bazală,

precum şi a abordărilor ideodinamice explicite (Cheek, LeCron, 1968 ; Erickson, Rossi, 1979 ; Rossi, Cheek, 1988 ; Hawkins, 1994c, 1997c ; Rossi, 1995b, 1996).

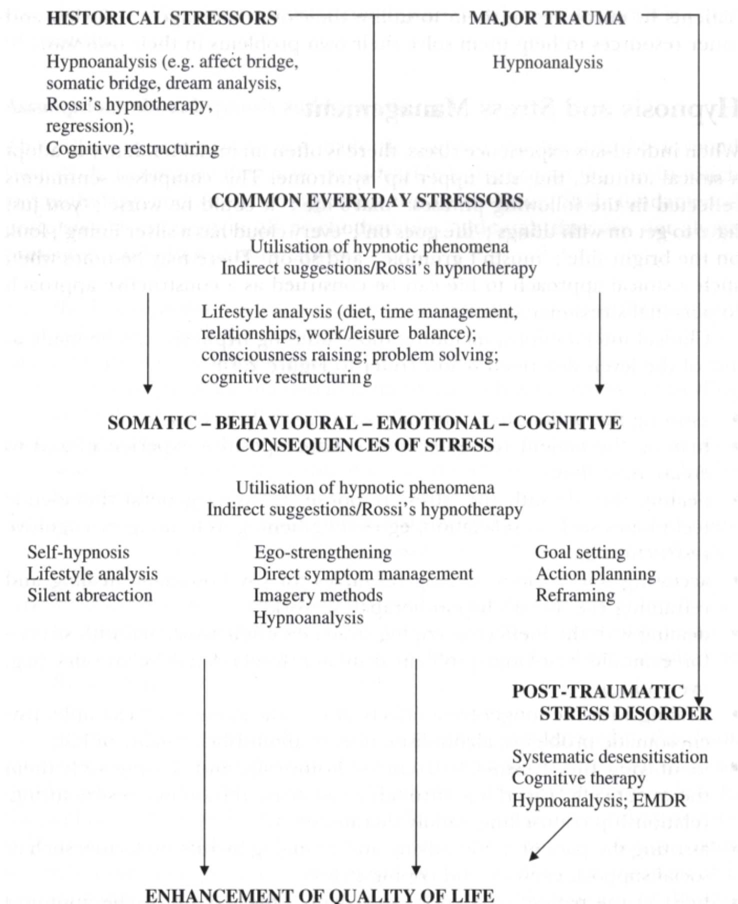


Figura 2.4. Intervenţii hipnotice în problemele legate de stres

Metodele hipnoterapeutice cel mai frecvent folosite pentru gestionarea stresului sunt relaxarea, întărirea eului, sugestiile directe şi indirecte, recadrarea cognitivă şi hipnoanaliza. Utilizarea relaxării este o metodă foarte simplă şi valoroasă pentru managementul stresului şi anxietăţii şi pe care pacienţii o pot învăţa foarte uşor. Există multe abordări prin care poate fi obţinut „răspunsul de relaxare", inclusiv hipnoza. Aceste metode pot fi combinate cu relaxarea pasivă progresivă şi trainingul autogen (Schultz, Luthe, 1959). O abordare foarte obişnuită este aceea de a cere pacientului să „creeze scene imaginare" ; de exemplu, vizitarea unei grădini sau a unui loc preferat în aer liber, asociat cu liniştea şi calmul (Assagioli, 1965/1975 ; Singer, 1974). Terapeutul ajută pacientul să construiască aceste imagini prin sugestii mentale care includ toate modalităţile senzoriale (vizual, auditiv, olfactiv, tactil şi kinestezic).

Atunci când pacientul este în transă, terapeutul îi poate da sugestii terapeutice legate de simptomele subiective. Aceste sugestii pot fi directe (sugestia vizează pur şi simplu ameliorarea şi dispariţia simptomului) sau indirecte (poveşti, utilizarea metaforelor şi a altor tehnici ericksoniene). Abordarea directă poate fi foarte eficace în cazul simptomelor la baza cărora nu se regăseşte o dinamică psihologică. În loc să fie suprimat, simptomul este diminuat până la un anumit nivel, lăsându-se un „reziduu" menit să-i amintească pacientului că acolo există o leziune organică ce necesită atenţie. Aceasta este o abordare potrivită în cazul durerii, pentru că dispariţia totală a durerii organice poate masca semnele progresiei bolii. Dacă evaluarea relevă faptul că simptomul are o semnificaţie dinamică importantă atunci simptomul poate fi redus sau substituit cu un simptom mai puţin patologic. În unele cazuri înţelesul simptomului trebuie explorat înainte de a face orice încercare de a-l modifica direct.

Abordările psihodinamice (sau hipnoanalitice) pleacă de la presupunerea că problemele actuale sunt menţinute dinamic prin experienţe istorice reprimate sau conflicte actuale. Pentru a rezolva aceste probleme, pacientul trebuie să acceseze experienţele reprimate pentru a avea intra în contact cu *insight*-ul şi pentru a prelucra sentimentele asociate, astfel încât să reevalueze materialul conflictual din perspectivă adultă în contextul timpului prezent. Au fost descrise mai multe proceduri hipnoanalitice (de exemplu, Hartland, 1971 ; Rossi, Cheek, 1988 ; Cheek, 1994 ; Hawkins, 1994c ; Heap, Aravind, 2001), care vor fi discutate în detaliu în capitolul 5.

Auto-hipnoza

Este important ca pacienţii să continue propria terapie între şedinţele de terapie. Este uşor să „intre în transă” şi să se bucure de beneficiile relaxării şi vindecării care vor urma. În timpul auto-hipnozei pacienţii se pot angaja de asemenea în sarcini terapeutice, precum gândirea pozitivă şi întărirea eului ; de exemplu, imaginarea rezultatelor succesului terapeutic. Auto-hipnoza pentru probleme variate poate fi învăţată cu uşurinţă de către pacient în timpul şedinţei de terapie obişnuite (Alman, Lambrou, 1997) ; câteva dintre aceste strategii sunt prezentate în următorul capitol.

O examinare detaliată a aplicaţiilor clinice ale acestor strategii generale va fi discutată în restul cărţii, cu referire la gestionarea stresului şi a consecinţelor sale psihologice, comportamentale şi somatice.

Capitolul 3

Şedinţa hipnotică : aspecte clinice

Haideţi să vă spun povestea unui maestru japonez vizitat de un profesor universitar care a venise la el ca să afle mai multe informaţii despre Zen. Maestrul l-a servit pe oaspete cu ceai, continuând să toarne până când ceaşca s-a umplut şi a început să curgă pe lângă. Privind ceaiul revărsându-se, profesorul i-a atras atenţia gazdei că ceaşca era plină şi nu mai încăpea ceai în ea. Maestrul a răspuns că, asemenea ceştii, profesorul era plin de propriile păreri şi teorii şi că, în consecinţă, nu i se putea arăta calea Zen înainte de a golirea ceştii.

Evaluarea iniţială

Terapeutul stabileşte dacă hipnoza este o modalitate terapeutică adecvată pentru pacientul său încă de la prima evaluare. Trebuie să fim prudenţi cu pacienţii care prezintă simptome suicidare active, suferă de psihoze, sunt alcoolici sau consumă droguri, au o tulburare de personalitate de tip borderline sau alte tulburări caracterizate de dependenţă extremă şi labilitate emoţională (Wester, 1984 ; Crasilneck, Hall, 1985), dar aceasta nu înseamnă că hipnoza nu poate fi utilizată cu succes la aceşti pacienţi. Prin utilizarea hipnozei, am avut succese semnificative în tratarea pacienţilor schizofrenici. Deşi numeroşi

asemenea pacienţi pot beneficia de pe urma utilizării hipnozei directe şi indirecte, terapeutul trebuie să decidă cum trebui aplicată hipnoza în asemenea cazuri. Dacă simptomele subiective împiedică implicarea deplină a clientului în stabilirea unui context hipnoterapeutic pozitiv, atunci terapeutul trebuie să amâne hipnoza formală până când funcţionarea zilnică este mai stabilă şi se realizează o alianţă terapeutică solidă (Phillips, Frederick, 1995). Acest principiu se aplică tuturor pacienţilor noştri.

Este important să reţinem că terapia începe „înainte” ca pacientul să facă cunoştinţă cu terapeutul, probabil atunci când clientul telefonează pentru a face o programare (dacă cineva telefonează în numele pacientului, acesta din urmă trebuie încurajat să telefoneze el însuşi, întrucât înseamnă o implicare semnificativă în procesul terapeutic). În timpul conversaţiei telefonice, se pot face afirmaţii care să exprime speranţa şi optimismul, pentru a furniza pacientului un set mental pozitiv („însămânţarea”). Când pacientul ajunge la clinică, în timpul „conversaţiei naturale” se pot face afirmaţii mai pozitive.

Înainte de a începe „inducţia transei”, pregătirea pacientului pentru hipnoză şi apoi asigurarea intervenţiilor terapeutice necesare pentru problemele respective ale pacientului sunt esenţiale. Pregătirea implică o serie de factori legaţi între ei :

- gestionarea oricărui tip de rezistenţă ;
- informarea pacientului privind procedurile ;
- clarificarea tuturor neînţelegerilor referitoare la natura hipnozei.

Aceasta creşte motivaţia şi de asemenea facilitează relaţia pacient – terapeut. Această fază face parte din etapa de pre-inducţie, deşi poate fi gândită şi ca o treaptă a procedurii de inducţie. Ea scade şansele ca pacientul să opună rezistenţă

în cursul procedurii şi în consecinţă creşte şansele de succes. Următorul stadiu este inducţia hipnotică, pentru care există numeroase tehnici.

Este util să avem în cabinet două scaune – unul pentru evaluarea pre-hipnotică şi unul pentru hipnoză în sine (deşi este evident că hipnoza se petrece pe ambele scaune !). Pacientului i se poate spune :

> Vă rog să luați loc pe acest scaun ca să discutăm ce probleme aveți; eu vă voi adresa o serie de întrebări legate de acestea şi vă voi explica cum va decurge tratamentul... apoi veți avea ocazia să îmi adresați dumneavoastră întrebări despre hipnoză şi abordările terapeutice... Mai departe, atunci când sunteți pregătit, vă voi ruga să schimbați scaunele şi să luați loc pe celălalt... scaunul în care apare întotdeauna transa hipnotică... Multe persoane percep o modificare profundă în felul cum se simt când schimbă scaunele..., dar nu intrați în transă profundă până când nu schimbați scaunul.

Observaţi utilizarea comunicării indirecte ; de exemplu „nu intraţi în transă profundă până când nu schimbaţi scaunul" implică faptul că pacientul este deja într-o transă uşoară. De asemenea, se foloseşte comanda paradoxală „nu intraţi în transă profundă până când nu schimbaţi scaunele", precum şi comanda intercalată „intraţi în transă profundă". Astfel se stabileşte expectanţa puternică că transa va apărea.

Utilizarea „cuvântului" hipnoză

Există hipnoterapeuţi care consideră că pentru unii pacienţi nu este adecvat să folosim cuvântul „hipnoză" din cauza conotaţiilor sale negative. În locul acestuia, se folosesc cuvinte precum relaxare sau somn. Dar este foarte probabil ca termenul

hipnoză să aibă efect asupra comportamentului şi experienţei subiective. Influenţa negativă sau pozitivă depinde de expectanţele pacientului, iar terapeutul are rolul de a judeca situaţia respectivă. Comentariul lui Shakespeare din *Romeo şi Julieta* potrivit căruia „un trandafir, oricum îi spui, exală-acelaşi scump parfum ! ” nu se aplică hipnozei în ceea ce priveşte eficacitatea inducţiei hipnotice, care depinde de etichetarea drept „hipnoză” (Gandhi, Oakley, 2005).

Anamneza cazului

Anamneza înseamnă mai mult decât a afla care sunt problemele pacientului, fiind o parte esenţială a procesului terapeutic. Dacă dăm pacienţilor suficient timp pentru a-şi spune povestea le permitem să înţeleagă mai bine şi să continue procesul de a găsi un înţeles al problemelor lor. Anamneza ne dă de asemenea ocazia de a crea un climat adecvat hipnoterapiei. În timpul anamnezei, terapeutul ajută pacientul în dezvoltarea expectanţelor pozitive şi a speranţei în funcţionarea procesului terapeutic, ceea ce pregăteşte clientul pentru o experienţă hipnotică încununată de succes. În afară de întrebările care sunt în mod normal adresate în timpul anamnezei este important să adresăm şi întrebări care sunt relevante pentru strategia hipnotică clinică. Unele dintre cele mai importante întrebări de acest tip sunt enumerate mai jos. Trebuie să aveţi în vedere însă că aceasta nu este o listă exhaustivă de posibile întrebări. Relevanţa întrebărilor se va clarifica imediat în contextul discuţiilor din capitolul precedent, precum şi al discuţiilor legate de aplicaţiile clinice care vor urma.

- Cine a trimis pacientul ?
- Care sunt motivele pentru care pacientul solicită ajutor pentru simptomele prezentate ?

- Simptomele actuale au apărut în contextul încercării de a satisface nevoile altora ?
- De ce s-a prezentat pacientul la tratament în acest moment ?
- De câtă vreme prezintă simptomele ?
- Există momente în care problema se agravează sau se ameliorează ?
- Pacientul are o poveste care explică simptomele ? Trebuie subliniat faptul că povestea personală a pacientului referitoare la simptome nu trebuie să se bazeze pe fapte sau dovezi absolute. Poveştile pacienţilor sunt extrem de importante şi pot furniza terapeutului informaţii importante şi indicaţii pentru intervenţiile terapeutice. Trebuie să ne amintim în acest context că pacienţii ştiu întotdeauna mai mult depre propria problemă decât ştie terapeutul.
- Cine le asigură suportul emoţional ?
- Este ceva ce ar dori pacientul să adauge şi nu a fost menţionat de terapeut ?

Răspunsul la întrebarea „Există momente în care problema se agravează sau se ameliorează ? ” este de obicei „da”, caz în care terapeutul poate răspunde prin a arăta pacientului că aceasta înseamnă că are resursele pentru a obţine ameliorarea problemei, deşi s-ar putea să nu fie conştient de acest lucru în momentul de faţă. Implicaţia este aceea că pacientul poate găsi aceste resurse interioare şi le poate utiliza în orice moment din viitor. Este de asemenea util să cerem pacientului să îşi imagineze momentul în care problema era mai puţin intensă prin utilizarea Scalei Analogice Vizuale (VAS), şi anume :

> Când experimentați problema, acum că este mult mai bine (cereți-i să îşi imagineze momentul în care acest lucru s-a întâmplat), spuneți-mi unde se află indicatorul pe o scală de la

0 la 10, unde 10 este cel mai mare disconfort (distres) şi 0 este situația cea mai confortabilă şi relaxantă.

Pacientului i se poate cere de asemenea să retrăiască acel moment din viaţa sa când simptomele au fost mai grave. Aceasta pregăteşte pacientul pentru ideea de regresie, utilizându-i imaginaţia pentru a-şi reaminti experienţe şi pentru evaluarea lor. De asemenea, furnizează terapeutului un instrument eficace de monitorizare a progresului din terapie în timpul şedinţei terapeutice sau a terapiei în ansamblu. În plus creşte sensibilitatea pacientului faţă de simptomele sale, astfel încât să poată aprecia mai bine perioadele din cursul zilei în care simptomele ameninţă să se înrăutăţească şi să recunoască ameliorarea terapeutică care îl motivează şi reîntăreşte pentru progres. De asemenea poate fi valorificată în contextul reproducerii de către pacient a simptomelor (de exemplu, prescrierea simptomului), ajutându-l astfel „să înveţe cum să îl amelioreze" prin accesarea codării dependente de stare a problemelor minte-corp (Rossi, 1986/1993). Adesea, pacienţii spun că simptomele se înrăutăţesc într-un anumit moment al zilei sau atunci când sunt obosiţi, le este foame sau sunt stresaţi. Problemele de periodicitate circadiană apar adesea în a doua parte a după-amiezii (Tsuji, Kobayashi, 1988). Rossi, Lipencott, Bessette (1995) constată că :

> Până în acest moment al zilei, mulţi oameni au sărit deja două sau trei perioade de odihnă ultradiene, astfel încât deficitul ultradian acumulat şi sindromul de stres se manifestă prin aceste simptome uzuale : „Sunt epuizat la mijlocul după-amiezii", „Am tendinţa să devin stresat, tensionat şi iritabil spre sfârşitul zilei de muncă", „Îmi vine să dorm după-amiaza", „Cel mai greu moment este acela în care trebuie să merg acasă după şcoală şi sunt prea obosit ca să îmi mai fac temele pentru acasă", „Chiar

înainte de cină, toată lumea este iritabilă şi atunci încep certurile". Multe dintre aceste probleme periodice acute şi cronice pot fi ameliorate prin acordarea a una sau două pauze ultradiene în timpul zilei sau prin somn după prânz sau în prima parte a după-amiezii (p. 13).

Trebuie de asemenea adunate informaţii despre natura problemelor de prezentare şi a dificultăţilor, istoricul familial, istoricul medical (inclusiv tratamente medicale prezente), situaţia educaţională şi profesională, stilul de viaţă actual, interesele personale, experienţele şi consideraţiile trecute legate de terapie şi hipnoză. De asemenea, se pot culege informaţii despre concediile preferate, animalele preferate, animalele de companie şi aşa mai departe, deoarece acestea pot fi utile în imagerie şi metafore.

În timpul procesului de evaluare terapeutul poate folosi un tip de comunicare uşor diferit pentru a favoriza răspunsurile inconştiente. De exemplu, atunci când evaluez un pacient cu o durere de spate severă şi care are astfel un stil de viaţă constrictiv, sugerez pacientului :

Permite ochilor să se închidă şi lasă mintea să zboare înapoi la acele vremuri de dinainte de apariția problemei... Trăieşte viața aşa cum a fost atunci... dă-ți voie să trăieşti cu adevărat acel timp, din nou, de parcă s-ar întâmpla cu adevărat chiar acum... şi bucură-te de aceasta încă un moment... ştiind că poți accesa amintirile pozitive oricând doreşti acest lucru.

Această simplă regresie temporală este o evaluare esenţială a responsivităţii hipnotice şi pregăteşte pacientul pentru experienţa întăririi eului prin accesarea unei „amintiri bune" (vezi discuţiile despre metodele de întărire a eului din capitolul următor). Yapko (1990a) arată că oamenii au abilităţi şi resurse care sunt uitate deoarece nu le conştientizează sau accesează.

Phillips şi Frederick (1995) consideră că :

> Acest tip de explorări interne, care pot apărea în timpul primei evaluări, pregătesc scena pentru o prelucrare extensivă direcţionată spre interior în timpul terapiei…. Dacă pacientul nu se simte confortabil cu acest tip de abordare, intrând rapid într-o stare de regres, cu răspunsuri dezorientate, sau pierzând contactul cu situaţia terapeutică, atunci terapeutul primeşte informaţii diagnostice importante. Terapeutul poate presupune că persoanei îi lipsesc graniţele interne, iar hipnoterapia trebuie realizată cu prudenţă şi numai după o pregătire atentă (p. 24).

Miturile hipnotice

Un alt aspect esenţial al procesului de evaluare este examinarea credinţelor şi concepţiilor greşite ale pacientului în legătură cu hipnoza (Erickson, 1932). Trebuie explorate toate experienţele anterioare cu un clinician, în grup sau de auto-hipnoza, precum şi următoarele mituri legate de hipnoză :

- hipnoza este identică cu somnul ;
- hipnotizatorul deţine controlul total asupra pacientului ;
- hipnoza este o experienţă neobişnuită şi anormală şi astfel poate fi dăunătoare (Udolf, 1981) ;
- pacientul poate începe să vorbească spontan şi să divulge informaţii personale sau confidenţiale ;
- pacientul nu mai este conştient de mediul înconjurător şi s-ar putea să nu îşi amintească nimic din experienţa hipnotică (Krogers, 1977) ;
- pacientul nu va putea ieşi din transa hipnotică ;
- pacientul s-ar putea angaja în comportamente stranii sugerate de hipnoterapeut.

Nu există nici o dovadă clară a faptului că hipnoza ar fi dăunătoare în vreun fel, deşi persoanele dezinformate şi nepregătite o pot folosi în mod neadecvat. Credem că o standardizare a hipnozei şi a fenomenelor hipnotice este utilă, pacienţii fiind informaţi despre acele comportamente care apar în „transă”, adesea în mod natural. De exemplu :

- Aţi fost vreodată atât de fascinat sau absorbit de un program la televizor sau de o carte încât parcă aţi uitat unde vă aflaţi sau cine sunteţi ?
- Uneori oamenii sunt atât de implicaţi în activităţile pe care le desfăşoară încât pierd noţiunea timpului.
- Aţi observat cum oamenii devin atât de fascinaţi de ceva încât nu răspund atunci când le adresaţi o întrebare ?
- Vă aminiţi de momente în care aţi uitat numele cuiva, dar vi l-aţi amintit mai târziu ?
- Uneori oamenii îşi amintesc de o anumită experienţă ascultând un cântec special.
- Adesea, am observat că pentru a lua o decizie importantă am nevoie de multe argumente „pro” şi „contra” înainte.
- V-aţi dus vreodată la culcare gândindu-vă la o problemă şi v-aţi trezit dimineaţa că aveţi soluţia la acea problemă ?
- Sunteţi conştient de faptul că aţi dat aprobator din cap atunci când v-am întrebat dacă sunteţi căsătorit ?
- Uneori, oamenii observă că faţa li se înroşeşte involuntar în anumite situaţii.
- Mă întreb dacă aţi avut vreodată experienţa unui sentiment profund de relaxare, atât de confortabil încât vă era dificil să vă mişcaţi ?
- Uneori, atunci când oamenii sunt relaxaţi şi se simt foarte confortabil pot avea vise foarte plăcute şi diverse imagini li se succedă în faţa ochilor.

- Chiar şi atunci când oamenii dorm, mintea lor inconştientă este trează şi le permite să viseze şi să rezolve probleme, precum şi să menţină funcţiile corpului la un nivel optim.
- Aţi observat că atunci când visaţi în cursul zilei imediat răspundeţi atunci când cineva vă strigă pe nume?
- Vi s-a întâmplat vreodată să uitaţi ceva, de exemplu un număr de telefon, care mai târziu, fără să vă mai gândiţi la asta, v-a apărut brusc în minte?
- Deşi există tot timpul sunete în jurul dumneavoastră, cum este ticăitul ceasului, de multe ori nu le auziţi?
- Vă amintiţi momente în care v-au amorţit un braţ sau un picior?
- Aţi observat că atunci când vă simţiţi bine timpul trece repede, iar atunci când sunteţi plictisit timpul trece foarte încet?
- Vi s-a întâmplat să fiţi vreodată singur şi să auziţi vocea cuiva, fără să fie nimeni acolo?

Pentru a ajuta pacientul să înţeleagă unele procese ale hipnoterapiei poate fi folosită analogia creierului cu un computer. Trebuie să ne asigurăm însă că pacientul înţelege într-o oarecare măsură computere, iar dacă acest lucru nu se întâmplă, atunci trebuie găsite alternative potrivite. Acest lucru poate fi util şi în ceea ce priveşte anumite intervenţii specifice (de exemplu, pentru problemele de somn).

Unii pacienţi cred că „toate problemele lor vor fi vindecate în mod magic" cu ajutorul hipnozei. Deşi expectanţele şi speranţele lor nu trebuie reduse de tot, este necesar ca, împreună cu terapeutul, pacientul să stabilească scopuri realiste ale tratamentului.

De asemenea este important ca în prima şedinţă de terapie să li se transmită pacienţilor că au resursele interioare pentru

rezolvarea creativă a problemelor şi pentru vindecarea psihosomatică. Acest punct de vedere este spirijinit de situaţia când pacienţii afirmă că sunt responsabili de modularea şi schimbările temporale ale simptomatologiei lor, aşa cum a fost deja arătat. Rossi (1995a) scrie că :

> Rolul major al terapeutului este de a „aranja situaţia” astfel încât pacientul să aibă ocazia de a recunoaşte şi facilita propriul proces creativ ultradian ca agent de rezolvare a problemelor şi vindecare. Psihoterapia devine o educare experienţială, în care pacientul învaţă cum să îşi optimizeze ritmul natural al performanţei şi vindecării (p. 7).

În prima şedinţă de terapie sau la începutul următoarei şedinţe, sarcina teraputului este de a colabora cu pacientul pentru găsirea problemelor şi a cauzelor. Pot fi adresate întrebări deschise de tipul :

- Ce produce stresul în viaţa dumneavoastră ?
- Ce vă deranjează de fapt în acest moment ?
- Care este lucrul cel mai important din viaţa dumneavoastră acum ?
- Care pare să fie scopul principal al acestei şedinţe de terapie ?

Adresarea unor asemenea întrebări deschise vizează să acceseze amintirile relevante dependente de stare care sunt sursa stresului pacientului şi să folosească preocupările lui mentale pentru inducţia transei şi vindecarea interioară. Rossi spunea că :

> Asemenea întrebări pot crea o motivare şi excitare emoţională suficiente pentru a evoca sau îmbunătăţi cascada psihobiologică ultradiană de 90-120 de minute de la minte la gene, care este în

mod tipic implicată în rezolvarea problemelor în viaţa de zi cu zi, precum şi în urgenţele emoţionale, traume şi stres (p. 7).

În timpul stadiului iniţial, sarcina principală a pacientului este aceea de a identifica ce probleme legate de stres sau alte chestiuni sunt cele mai presante. Este ceva obişnuit ca pacientul să scoată la iveală o gamă întreagă de experienţe în acest punct, precum curiozitatea, speranţa, expectanţa şi confuzia, uneori putând să apară şi experienţe negative. Sarcina principală a terapeutului în acest stadiu rămâne aceea de a ajuta pacientul să dezvolte o relaţie bazată pe încredere şi colaborare, pentru a-i crea sentimentul speranţei şi expectanţei (de exemplu, starea terapeutică de excitaţie emoţională), astfel încât dezvoltarea lor să permită continuarea terapiei.

Capacitatea hipnotică

În cercetările experiemntale din domeniul hipnozei au fost realizate diverse scale de capacitate şi sugestibilitate hipnotică (vezi http : //www.socrates.berkley/edu#-kihlstrm/hypnosis_research.htm). Aceste scale includ Profilul de Inducţie Hipnotică Spiegel (Spiegel, Spiegel, 1978), Scala Clinică Hipnotică Stanford pentru Adulţi (Morgan, Hilgard, 1978a), care are şi o versiune pentru copii (Morgan, Hilgard, 1978b), PCI-HAP Pekala (1995a, 1995b) şi Scala de Sugestibilitate Barber (Barber, 1969 ; Barber, Wilson, 1978). Fellows (1988) trece în revistă diferitele scale. Există numeroase controverse legate de valoarea clinică a hipnotizabilităţii. Hilgard (1982) susţine că o formă de evaluare este necesară şi esenţială, astfel încât hipnoterapeutul să adapteze psihoterapia hipnotică pentru pacientul individual. Autorul susţine că :

Alegerea se regăseşte între judecata clinică, responsivitate şi . Deşi evaluarea este dezirabilă, trebuie să avem grijă să selectăm instrumentul de măsurare adecvat, deoarece o scală eficientă trebuie să se bazeze pe consideraţii psihometrice serioase şi să evite iluzia intrinsecă intuiţiei clinice (p. 394).

Pe de altă parte, Waxman (1981) susţine că testele de hipnotizabilitate nu sunt nici necesare, nici dezirabile şi că cel mai bun test este : „Evaluarea, instinctul şi experienţa doctorului, decizia sa pozitivă de a utiliza hipnoza şi cooperarea şi motivaţia pacientului" (p. 73). Totuşi, aşa cum sugerează Gibson şi Heap (1991) : „Fie că scalele de măsurare sunt administrate sau nu, clinicienii au de câştigat din familiarizarea mai multe scale şi prin practica în administrarea lor" (p. 38). În legătură cu această problemă, Oakley, Alden şi Degun-Mather (1996) continuă :

Diferenţele individuale de hipnotizabilitate au importanţă clinică potenţială din două motive. În primul rând ne putem aştepta ca numai clienţii peste un anumit nivel de susceptibilitate hipnotică să poată beneficia de intervenţii hipnotice şi în al doilea rând hipnotizabilitatea poate avea semnificaţie etiologică în unele probleme psihologice clinice… Chiar dacă se stabileşte o relaţie pozitivă puternică între susceptibilitate şi rezultat trebuie să spunem totuşi că dacă hipnoza este un ajutor eficace în terapie, atunci chiar şi clienţii cu cea mai mică susceptibilitate hipnotică ar avea beneficiul tratamentului bazal, cei care sunt mai susceptibili ar obţine ceva mai mult, şi aşa mai departe (p. 503).

Problemele-cheie legate de indivizii cu o hipnotizabilitate crescută au fost recent discutate de Heap, Brown şi Oakley (2004).

În practică, foarte puţini clinicieni utilizează aceste instrumente pentru că se presupune că la ora actuală şi pacienţii cu

capacitate foarte scăzută beneficiază de pe urma hipnozei prin utilizarea abilităţilor imaginative pe care le au şi mai ales a celor de producere a fenomenelor hipnotice specifice. În contrast cu acest punct de vedere se situează cel care sugerează că testarea capacităţii este un instrument formal important care trebuie folosit în faza iniţială a terapiei. Spiegel argumentează că este important ca practicianul să aibă un profil diagnostic al pacientului pentru a determina care este abordarea terapeutică cea mai eficace. Instrumente precum HIP pregătesc pacientul pentru procedurile hipnotice şi de asemenea sprijină dezvoltarea relaţiei bazate pe încredere dintre terapeut şi pacient, precum şi furnizarea unor informaţii diagnostice importante. HIP serveşte de asemenea unui alt scop important – acela de a îndeplini expectanţele pacientului legat ede „examinarea diagnostică”, care este concordantă cu cea din situaţiile medicale convenţionale şi în consecinţă poate creşte valoarea transferului pozitiv (arhaic).

Mai mult, dacă terapeutul este conştient de capacitatea pacientului şi de natura răspunsurilor disponibile, chiar dacă instrumentul nu este riguros administrat şi cotat, este posibilă optimizarea exerciţiilor de auto-hipnoză înregistrate astfel ca pacientul să le practice în afara şedinţelor de terapie (Gibson, Heap, 1991, p. 37). Un terapeut competent care devine conştient de nivelul de susceptibilitate hipnotică al pacientului, chiar dacă acesta este destul de scăzut, va adopta un program terapeutic individualizat. De exemplu, Spiegel şi Spiegel (2004) susţin folosirea unor tehnici diferite de control a durerii pentru nivele diferite de hipnotizabilitate. Pacienţii cu hipnotizabilitate crescută sunt deprinşi cu auto-hipnoza pentru sugerarea directă a amorţelii sau disocierii corporale ; pacienţii cu hipnotizabilitate medie sunt învăţaţi modificarea senzorială şi tehnicile de fantezie ; iar cei cu hipnotizabilitate scăzută sunt încurajaţi să folosească tehnici de distragere. Există de asemenea dovezi

care corelează abilitatea hipnotică cu unele tulburări psihologice, precum tulburările de comportament alimentar (Covino, Jimerson, Franko, Frankel, 1994 ; Everill, Walker, 1995 ; Wybraniec, Oakley, 1996).

Aspectul clinic important este că deşi persoana nu răspunde bine la evaluarea hipnotică standardizată poate fi responsivă la abordări hipnotice mai flexibile folosite în contextul interpersonal al alianţei terapeutice. Dintr-o perspectivă ericksoniană (Erickson, 1952a ; Gilligan, 1987), orice persoană are capacitatea de a răspunde experienţial în relaţia hipnotică (toate persoanele normale pot fi hipnotizate), astfel că sarcina terapeutului rămâne cea de identificare şi creare a unui context favorabil dezvoltării hipnotice.

Profilul de Inducţie Hipnotică şi Scala Imaginaţiei Creative

Mai jos sunt prezentate două exemple standard de proceduri de evaluare, HIP (Spiegel, Spiegel, 1978 ; Spiegel, Greenleaf, Spiegel, 2000) şi Scala Imaginaţiei Creative (Barber, Wilson, 1978). HIP include instrucţiuni care produc senzaţia de uşurime a braţului şi mânii, cu teste de răspuns la această instrucţiune. Răspunsul este caracterizat de disociere, levitaţia mâinii după ce este coborâtă, involuntaritate, răspunsul la semnalul întrerupt şi modificarea senzaţiei. Spiegel şi Spiegel (2004) concluzionează că transformarea inducţiei hipnotice în test al capacităţii hipnotice transformă întâlnirea iniţială prin :

- îndepărtarea presiunii de hipnotizare cu succes a oricărui subiect pentru clinician ;
- reducerea experienţelor pacienţilor de complianţă cu dorinţele clinicianului în comparaţie cu explorarea şi descoperirea propriei capacităţi hipnotice.

Intervenţia 1. Profilul de Inducţie Hipnotică (HIP) (adaptat după Spiegel, Spiegel, 1978, pp. 35-78)

Ca şi în cazul altor tehnici prezentate în această carte nu este nevoie să urmăm cu exactitate prescripţia. Cuvintele trebuie adaptate nevoilor pacientului, acordând atenţie tonului vocii şi ritmului.

Această tehnică este o versiune considerabil redusă a celei originale, care a fost realizată de Spiegel şi Spiegel. Procedura şi fenomenele aşteptate sunt explicate pacientului înainte de a începe.

> În primul rând, lasă-ți picioare să se odihnească confortabil pe podea pe măsură ce devii conştient de respirația ta... lăsând aerul să treacă din nas prin plămâni (*aceasta trebuie să se potrivească cu ceea ce face de fapt pacientul*)... şi înapoi.. lăsând tot disconfortul din corpul tău să iasă pe măsură ce expiri... data viitoare când inspiri ridică ochii în sus ca şi cum te-ai uita la ceva de pe vârful capului tău (*aceasta se numeşte Metoda Rostogolorii Ochilor a lui Spiegel – pacientului i se explică această abordare înainte de exercițiu*)... şi cum inspiri, închizi ochii până la un punct în care simți că pur şi simplu nu mai funcționează... lăsând ca acest sentiment de relaxare să se răspândească până jos, în vârful degetelor de la picioare... lăsând corpul tău să plutească... te bucuri de această senzație de plutire şi simți o nouă senzație într-unul dintre degetele tale... poate la mâna dreaptă... sau la mâna stângă... observi la început cum asta se întâmplă la vârful degetului, aşteptând să se întâmple... de la sine, şi nu e nevoie să faci nimic pentru ca să se întâmple... când observi că se întâmplă lasă senzația să se răspândească în restul mâinii tale şi să devină din ce în ce mai uşoară... plutind încet şi fără efort la distanță de piciorul tău... tot mai sus, mai sus, pe măsură ce devine din ce în ce mai uşoară... imaginează-ți că mâna ta este legată de un balon

frumos colorat care trage încet de mâna ta din ce în ce mai sus în aer... bucurându-te de această senzație plăcută. În timp ce voi număra de la unu la şase, te rog să deschizi ochii şi să îți priveşti mâna, păstrând senzația pe care o ai acum... Când te uiți la mâna ta poți observa cum devine tot mai uşoară şi este trasă în sus spre ochii tăi (*apoi este realizată procedura*). Acum închide ochii din nou şi devii de două ori mai relaxat decât eşti acum.. În câteva momente atunci când număr de la unu la şase poți deschide ochii păstrând această senzație pe care o ai acum până când îți dau semnalul prin atingerea cotului (*terapeutul atinge cotul pacientului – aceasta este o sugestie post-hipnotică*) când senzațiile normale se vor reîntoarce (*este realizată procedura*).

Atunci când deschide ochii şi înainte de sugestia post-hipnotică, pacientul este rugat să spună în ce fel diferă caracteristicile mâinii drepte faţă de cea stângă – temperatura, gradul de control, amorţeala şi aşa mai departe (răspunsul diferenţial). Pe parcursul procedurii, terapeutul observă pacientul foarte atent, deoarece aceasta poate furniza informaţii semnificative. Trebuie notat că în timpul acestei evaluări iniţiale, clinicianul „hipnotizează" pacientul. Folosesc deseori această abordare pentru a învăţa pacientul procedura auto-hipnozei (vezi intervenţia 7).

Intervenţia 2. Scala Imaginaţiei Creative (CIS) (adaptată după Braber, Wilson, 1978, p. 85)

Scala constă din 10 itemi discreţi care sunt citiţi cu voce tare pacientului, aşezat relaxat pe scaun, cu ochii închişi, imaginându-şi scenele descrise. Nu există inducţie hipnotică anterioară deşi imaginarea scenelor este o formă de inducţie (imaginaţie activă). Se explică pacientului că scopul testului

este de a stabili ce lucruri găseşte că este mai uşor să şi le imagineze. Menţionăm de asemenea că aceasta nu este o intervenţie completă şi că cea originală este cronometrată strict.

1. Ține mâna stângă în poziție orizontală, orientată cu palma în sus... Imaginează-ți că una... două... şi apoi trei cărți grele sunt aşezate pe mâna ta. (*Clinicianul trebuie să noteze când apar mişcările mâinii şi brațului.*)
2. Întinde mâna dreaptă în poziție orizontală, orientată cu palma în jos... Acum imaginează-ți un curent puternic de apă dintr-un furtun de grădină cum împinge în sus mâna ta...
3. Imaginează-ți că un anestezic este injectat în mâna ta stângă... şi mâna devine amorțită, tot mai amorțită... Lasă acest lucru să se întâmple... Nu trebuie să faci nimic...
4. Imaginează-ți că urci pe munte şi îți este tot mai cald şi mai sete... Trăieşte senzațiile pe care le ai atunci când bei un pahar cu apă rece, răcoritoare... ce simți acum?
5. Imaginează-ți că decojeşti şi mănânci o portocală... lasă-te cuprins de senzațiile asociate cu aceasta... mirosul, gustul, textura...
6. Imaginează-ți că asculți o muzică foarte puternică şi incitantă... imaginează-ți asta acum şi trăieşte toate senzațiile şi sentimentele pe care ți le inspiră...
7. Imaginează-ți că mâna ta dreaptă este expusă la căldura confortabilă a soarelui şi aceasta face ca mâna ta să se încălzească... devine tot mai caldă şi este tot mai confortabil... este exact sentimentul de care te bucuri...
8. Controlându-ți gândirea poți face ca timpul să încetinească... este mult timp între... oricare două secunde.. pe măsură ce timpul se î-n-t-i-n-d-e... mai încet ... Şi mai încet (*Terapeutul încetineşte ritmul vorbirii atunci când administrează acest item*).
9. Imaginează-ți că eşti din nou la şcoala primară... Băiatul sau fata care stă lângă tine... în fața ta... sunetele... Poate ştii numele tuturor copiilor...
10. Stai întins pe plajă într-o zi caldă de vară... Te simți confortabil şi relaxat.. Lasă căldura să scalde fiecare parte a corpului tău... cald, relaxat şi confortabil...

Experienţa pacientului poate fi cotată formal sau pot fi obţinute informaţii clinice relevante prin observare şi chestionare. Se poate obţine un indicator general al capacităţii generale a pacientului de imaginare şi răspuns la sugestii precum şi a stilului de răspuns la fiecare modalitate senzorială. Acest lucru poate fi de un ajutor considerabil pentru clinician atunci când decide asupra abordărilor de inducţie şi a strategiei de tratament.

La fel ca şi testarea pacienţilor referitoare la sugestibilitatea hipnotică poate fi util să le testăm răspunsul la sugestia hipnotică (Golden, Dowd, Friedberg, 1987 ; Phillips, Frederick, 1995, pp. 45-60), deoarece un asemenea antrenament este eficace în creşterea responsivităţii hipnotice (vezi Diamond, 1974, 1977 ; Katz, 1979). Antrenarea abilităţilor hipnotice subliniază autocontrolul şi pacienţii au experienţe similare auto-hipnozei înainte de a experienţia heterohipnoza. Golden şi colaboratorii săi (1987) susţin că în aceste condiţii :

> Pacienţii vor dezvolta probabil expectanţe realiste despre hipnoză. Ei observă că hipnoza le solicită cooperarea şi participarea şi că acest lucru se află sub controlul lor. Ca rezultat al antrenamentului abilităţilor probabil vor dezvolta un locus intern al controlului şi îşi vor atribui succesul lor înşile, şi nu hipnotizatorului sau „puterii hipnozei”… aproape toate persoanele pot învăţa să devină subiecţi adecvaţi prin antrenamentul abilităţilor, deşi s-ar putea să nu fie capabili să experienţieze toate fenomenele hipnotice (p. 14).

Phillips şi Frederick (1995, pp. 45-46) dezvoltă câteva strategii utile de „antrenament”, realizate de mai mulţi clinicieni, care pregătesc pacientul pentru hipnoza formală (Jecks, 1984 ; Wester, Smith, 1984 ; Wright, Wright, 1987 ; Yapko, 1990a ; Altman, Lambrou, 1997). Acestea includ :

- relaxarea activă şi pasivă ;
- închiderea ochilor ;
- dezvoltarea concentrării interne ;
- abilitatea de aprofundare a unei transe uşoare într-un mod care să fie sigur şi confortabil ;
- răspunsuri liniştitoare la sugestiile de imagerie ;
- răspunsuri liniştitoare la alte sugestii senzoriale, mai ales kinestezice şi auditive ;
- abilitatea de a iniţia şi de a stopa experienţele externe după dorinţă ;
- semnalizarea ideomotorie/ideosenzorială (vezi capitolul 5 pentru o discuţie detaliată) ;
- puntea afectivă/somatică (tehnică regresivă pentru centrarea pe experienţe pozitive) ;
- reorientarea în afara încăperii la finalul inducţiei formale.

Angajarea în aceste experienţe permite pacientului să dezvolte senzaţia de abilitate şi auto-control şi cu această subliniere a întăririi eului se construieşte încrederea şi se depăşeşte orice rezistenţă iniţială de angajare în procesul terapeutic. Accentul cade pe ajutarea pacientului pentru a se simţi confortabil şi a prelua controlul, pornind şi începând experienţele interioare după dorinţă şi dezvoltând un sentiment de stabilitate şi siguranţă internă. Adoptarea acestor abordări ajută de asemenea la stabilirea unei relaţii terapeutice între terapeut şi pacient, o componentă importantă în dezvoltarea „alianţei terapeutice”.

Hipnotizarea pacientului

Înainte de a explora metode specifice de inducţie trebuie examinată mai departe importanţa relaţiei dintre terapeut şi pacient

în contextul general hipnoterapeutic. Erickson era convins de faptul că unul dintre cele mai importante aspecte ale hipnoterapiei eficace sunt terapeuţii înşişi. El rezumă acest lucru astfel :

> O tehnică de inducţie nu reprezintă o serie de cuvinte, fraze, propoziţii şi nu este o chestiune de sugestie, intonaţie, inflexiuni, pauze şi ezitări. O tehnică de inducţie este o chestiune simplă, dar în acelaşi timp complexă a comunicării ideilor, semnificaţiilor şi atitudinii de către doctor spre pacientul său (1962, p. 1).

Erickson sistematizează câteva aspecte legate de ceea ce ar trebui să comunice hipnoza pacientului pentru a se realiza un climat bun pentru inducţie. Printre acestea se numără :

- a conştientiza că pacienţii cer ajutor pentru că nu pot înţelege sau nu se pot ajuta singuri să-şi rezolve problemele, considerând că terapeutul îi poate sprijini ;
- nevoia de a fi mereu conştient şi atent la nevoile proprii ale pacientului pentru a comunica într-un anumit fel – de exemplu, prin verbalizare, expresie facială, gesturi, ceva ce consideră a fi important atât pentru ei înşişi, cât şi pentru terapeut ;
- terapeuţii trebuie să fie conştienţi de propriile abilităţi, cunoştinţe, îndemânare şi să transmită un sentiment de încredere şi respect de sine şi să arate că sunt pregătiţi corespunzător şi competenţi pentru a se descurca în acea situaţie ;
- terapeutul trebuie să înţeleagă în profunzime hipnoza ca experienţă comună pentru toată lumea.

În afirmaţiile de mai sus există aspecte implicite legate de formarea adecvată şi pregătirea pentru practica psihoterapiei, precum şi de necesitatea de dezvoltare personală şi pregătire profesională continue.

Metodele de inducţie pot fi împărţite în două mari categorii : metode directe „formale” de inducţie şi metode „naturaliste” indirecte. Însă trebuie subliniat faptul că aceste abordări nu sunt separate şi că pot fi uşor integrate în practica clinică.

Metode directe de inducţie

Există numeroase tehnici de hipnotizare. Conform lui Hilgard şi LeBaron (1984a), există trei componente principale ale procesului de inducţie hipnotică :

- relaxare (sugestii de relaxare, pace, calm etc.) ;
- imaginaţie (utilizarea imageriei ghidate, de exemplu, locul preferat, scene plăcute) ;
- acţiune (fixare, levitaţia mâinii).

Veţi observa că multe dintre tehnicile următoare includ cel puţin una dintre aceste componente.

Tehnicile de inducţie directe implică în general fixarea atenţiei pacienţilor. Pe măsură ce se concentrează şi îşi îngustează câmpul de atenţie, rezultă o reducere a conştienţei periferice şi, în consecinţă, o blocare a facultăţilor critice. Abordările standard de fixare a privirii includ centrarea asupra obiectului (de exemplu, vârful unui pix, un punct pe perete sau o monedă). Alte abordări cu fixarea atenţiei includ : imaginarea şi vizualizarea, levitaţia mâinii, relaxarea şi alte forme de senzaţii interne, experienţe emoţionale sau perceptive, incluzând concentrarea asupra unui simptom (de exemplu, durerea, descrierea problemei), ascultarea poveştilor captivante, motivante sau fascinante.

Există şi tehnici tradiţionale, iar cititorul poate găsi o descriere cuprinzătoare a unor asemenea metode de inducţie în Heap şi

Aravind (2001). Este important de şiut că tehnicile de centrare descrise mai sus apar „natural" – de exemplu, atunci când suntem captivaţi de o carte, urmărim un film interesant sau ascultăm muzică.

Tehnicile indirecte fac parte de asemenea din categoria metodelor formale de inducţie : de exemplu, unele sugestii pot fi „strecurate" prin schimbări de tonalitate sau volum al vocii. Exemple de astfel de sugestii intercalate sunt cele subliniate în următoarea tehnică standard de „centrare a atenţiei".

Intervenţia 3. Fixarea privirii cu distragere (numărarea în ordine descrescătoare)

În primul rând spuneţi-i pacientului ce urmează să faceţi şi ce vă aşteptaţi să facă el.

> În câteva momente îți voi cere să găseşti ceva (*de exemplu un obiect sau o parte a unui obiect*) care se află cu puțin deasupra liniei ochilor tăi, astfel că trebuie să îți ridici privirea ca să te uiți la el. Te rog să te concentrezi asupra acelui lucru şi în acelaşi timp să numeri înapoi de la 300 din trei în trei. Atunci când ți se închid ochii opreşte-te din numărat. În timp ce faci asta, eu îți voi vorbi despre *relaxare.* Vei auzi tot ce spun, dar asta nu va interfera cu sarcina ta. Ai întrebări? Să începem.
>
> Concentrează-te asupra acestui punct şi începe să numeri invers... Picioarele devin grele, calde şi relaxate pe măsură ce continui să respiri rar şi *fără efort...* Cu fiecare expirație, picioarele tale devin din ce în ce mai calde şi grele... Lasă căldura şi greutatea să se râspândească în sus pe picioarele tale, îndepărtând toată tensiunea reziduală... Nu trebuie să faci nimic... Se întâmpla *fără efort*, de la sine... Picioarele tale sunt grele, calde şi total relaxate pe măsură ce aceste senzații se răspândesc în sus spre coapsele tale, care devin calde, grele şi relaxate. (*Aceste sugestii sunt continuate până când sunt*

menționate toate zonele corpului – abdomenul, pieptul, brațele, mânile, fața şi în final pleoapele. Este foarte probabil ca, la un moment anterior în cursul relaxării progresive, pacientul să înceapă să experiențieze greutatea şi relaxarea pleoapelor, astfel că va clipi şi aceasta poate permite „flutter-ul" cataleptic. Atunci când se întâmplă acest lucru i se sugerează că poate închide ochii.) Data viitoare când pleoapele tale se vor închide lasă-le să rămână închise şi vei descoperi că această experiență este foarte *relaxantă şi confortabilă...* Lasă acest sentiment de *relaxare* să curgă în jos, spre vârfurile degetelor de la picioare, lasă-ți corpul să plutească.

Atunci când se ajunge la acest stadiu, terapeutul poate continua cu o întărire a eului formalizată (vezi intervenţiile din capitolul 4) sau cu orice alte intervenţii adecvate în acel moment.

Intervenţia 4. Fixarea privirii cu relaxare progresivă activă

Începeţi în acelaşi fel ca în cazul fixării privirii cu distragere. În această inducţie nu există o sarcină de distragere, adică numărătoarea inversă. În locul ei, pacientul se angajează în relaxarea progresivă în manieră activă.

Concentrează-te asupra punctului pe care l-ai ales şi apoi concentrează-ți atenția asupra picioarelor tale, observând senzațiile pe care le simți acolo... Lasă picioarele să devină calde, grele şi relaxate... etc.

Procedura continuă apoi ca în intervenţia 3, până când pacientul închide ochii.

Intervenţia 5. Levitaţia braţului şi mâinii (mişcări ideodinamice)

Încă o dată, i se spune pacientului ce are de făcut şi la ce să se aştepte să se întâmple.

Uită-te doar la mâna ta şi mai devreme sau mai târziu vei observa o senzație, poate la vârful unuia din degetele tale... Poate mai curând decât te aştepți... aşteptând ca aceasta să se întâmple şi atunci când se întâmplă observând această experiență... Poți începe deja să te întrebi în care deget sau în care mână va apărea această senzație şi poți fi surprins atunci când se întâmplă... Poți să te bucuri observând aceste schimbări importante... Când apar, lasă aceste senzații să se transforme în mişcare, astfel încât degetul, spre surprinderea ta, să se mişte în sus... (*de îndată ce observați acest lucru, comentați asupra lui şi atingeți uşor degetul care s-a mişcat*)... Acele senzații şi mişcări se pot deplasa uşor în restul mânii tale astfel că întreaga mână şi întregul antebraț devin uşoare, uşoare ca o pană, şi pot începe să plutească fără efort în aer de unele singure, nu trebuie să faci nimic pentru ca aceasta să se întâmple.. Mă întreb dacă te vei bucura de această relaxare uşoară şi naturală pe care o vei trăi pe măsură ce mâna ta pluteşte în sus spre ochii tăi... Pe măsură ce acest lucru se întâmplă poți fi surprins să constați că pleoapele tale devin din ce în ce mai grele şi relaxate... şi deja încep să se închidă.

De îndată ce vedeţi că pleoapele pacientului se închid sau clipesc, puteţi sugera închiderea ochilor. Aceasta se poate realiza folosind următoarele cuvinte :

Este în regulă să închizi ochii şi să îi laşi închişi acum... Vei vedea că această experiență este confortabilă şi relaxantă.

sau

Este în regulă să închizi ochii acum şi să îi laşi închişi... Este această experiență confortabilă şi relaxantă?

Alternativ, aceasta se poate realiza nonverbal, prin trecerea a două degete peste pleoapele pacientului. Conform experienţei mele, această tehnică funcţionează întotdeauna cu succes. Odată ce a fost stabilită închiderea ochilor, terapeutul poate continua cu întărirea eului sau o altă intervenţie adecvată.

Metode indirecte de inducţie

Metodele „naturaliste" (sau „tehnicile ericksoniene") sunt informale pentru că nu există o inducţie aparentă, ca în procedurile formalizate şi ritualizate care au fost descrise anterior. Erickson (1958a) definea abordările naturaliste ca :

> Acceptarea şi utilizarea situaţiei întâlnite fără încercarea psihologică de a o restructura. Dacă procedăm astfel, simptomele subiective ale pacientului devin de un real folos, reprezentând o parte a inducţiei transei, mai degrabă decât obstacole (p. 3).

> Adaptarea tehnicilor hipnotice pentru fiecare pacient în parte şi pentru nevoile sale duce la rezultate terapeutice eficace, imediate şi uşor de obţinut (p. 11).

Datorită faptului că abordarea este naturală şi pacientul nu este conştient de ceea ce se întâmplă nu poate exista în consecinţă nici un fel de rezistenţă aşa cum s-ar putea întâmpla dacă se folosesc tehnici directe. Dat fiind faptul că procesul este natural, nu se poate argumenta logic nici o critică etică. Într-adevăr, pacientul se angajează într-o relaţie terapeutică colaborativă şi este de acord să coopereze în procesul hipnoterapeutic.

În abordarea hipnotică a lui Erickson, inducţia hipnotică se realizează prin utilizarea asociaţiilor personale ale pacientului şi a tendinţelor sale naturale de răspuns (cum sunt lucrurile învăţate experienţial), în loc să ne bazăm pe proceduri de inducţie hipnotică standardizată. Toată lumea dispune de numeroase condiţionări şi lucruri învăţate nerecunoscute, psihologice şi somatice, iar utilizarea inteligentă a acestora constituie o utilizare eficace a hipnozei. Erickson considera că scopul inducţiei clinice era acela de a centra atenţia spre interior şi ca o consecinţă să depotenţeze seturile conştiente zilnice ale persoanei. Pacienţii sunt tot mai mult absorbiţi de acest proces pe măsură ce se lasă fascinaţi de poveşti, imagini, paradoxuri şi experienţe. Ca rezultat, apar frecvent fenomene hipnotice spontane (disocierea, regresia de vârstă, catalepsia, amnezia etc.) (Erickson, Rossi, 1976a).

Abordările folosite de Erickson pentru a depotenţa conştientul sunt intercalate cu procesele de inducţie şi sugestie şi sunt dificil de atins. Este important de ştiut faptul că Erickson a acceptat întotdeauna realitatea imediată a pacientului şi cadrele sale de referinţă, creând astfel o alianţă puternică cu multele şi adesea contradictoriile părţi ale pacientului.

Cele mai multe abordări indirecte sunt discutate în lucrarea lui Erickson şi Rossi (1976a), în care sunt prezentate microdinamica inducţiei şi sugestiei (cum sunt fixarea atenţiei, depotenţarea seturilor conştiente, căutarea inconştientă, procesele inconştiente şi răspunsul hipnotic). Deoarece transa nu asigură acceptarea sugestiei, sunt de asemenea necesare formele indirecte de comunicare : „Evocaţi, mobilizaţi şi influenţaţi procesele asociative ale pacientului şi abilităţile sale mentale în anumite direcţii pentru a obţine anumite scopuri terapeutice” (Erickson, Rossi, 1976a, p. 169).

Formele indirecte de comunicare includ, printre altele : utilizarea (Erickson, 1959), metafora şi analogia (Hammond,

1990a ; Kopp, 1995 ; Battino, 2001), glumele, implicaţiile, schimbările tonale, directiva implicată şi întrebările de accesare bazală, dublele legături (Erickson, Rossi, 1975), sugestiile deschise, pantomima (Erickson, 1964a), acoperirea tuturor posibilităţilor de răspuns, afirmaţiile compuse şi procesele dialectice.

Sugestii indirecte pentru începerea şedinţei de terapie

Mai jos sunt redate exemple de comunicare indirectă pentru începerea şedinţei de terapie, deşi ele pot fi adaptate şi pentru alte ocazii :

- Mă întreb dacă simţi că eşti gata să începi ?
- Mă întreb dacă ai dori să experimentezi o transă medie, uşoară sau profundă ?
- Este în regulă să îţi acorzi suficient timp la începutul terapiei, pentru că astfel o vom putea finaliza chiar mai curând.
- Ai prefera să intri în transă cu ochelarii pe nas sau fără ei sau ai prefera mai degrabă să închizi ochii ?
- Unii oameni preferă să intre în transă cu ochii deschişi, în timp ce alţii preferă să închidă ochii. Mă întreb care variantă o preferi ?
- Oamenii de obicei intră în transă atunci când stau pe scaunul pe care eşti aşezat acum.
- Poţi intra în transă acum sau mai târziu.
- Atunci când mintea ta inconştientă este pregătită, ochii tăi se vor închide de la sine ?
- Doreşte mintea ta inconştientă să lucreze cu problema pe care tocmai mi-ai relatat-o sau cu una şi mai importantă ?

- Mai devreme sau mai târziu vei decide care problemă doreşti să o rezolvi.
- Vrei să mergi în trecutul tău acum, mai târziu sau după ce te decizi care problemă o rezolvi?
- Oamenii cred adesea că pot rezolva probleme în timp ce dorm.
- Stând acolo, închide ochii şi încearcă să ajungi la gradul transei care îţi este necesar.
- Dacă mintea ta inconştientă vrea să intre în transă, mâna ta stângă se va ridica. Altfel, se va ridica mâna dreaptă.
- Înainte ca şedinţa de terapie să se termine, mintea ta inconştientă va găsi modul adecvat de a comunica ceva important minţii tale conştiente. Şi ai putea fi fascinat de această idee întrebându-te când şi cum se va întâmpla.
- Nu e nevoie să asculţi, ci poţi înţelege tot ceea ce spun, folosind totul pentru nevoile tale personale.

Intervenţia de mai jos prezintă întrebări care pot fi folosite pentru a induce transa.

Intervenţia 6. Întrebările de accesare bazală ale lui Rossi

Acum, tocmai mi-ai spus despre felul cum problema ta urmează un tipar ritmic în cursul zilei, ceea ce este foarte interesant... Ştiai că eşti responsabil de faptul că laşi ca acest lucru să se întâmple?... Şi atunci când ştii că ai resursele acestea şi că vindecarea poate avea loc acum, se vor închide ochii tăi de la sine?... Aşa, e foarte bine! Este în regulă să ții secrete toate explorările tale interne şi toate experiențele pe care nu vrei să le împărtăşeşti cu nimeni?... Atunci când mintea ta inconştientă ştie că poate continua cu vindecarea internă şi când mintea ta conştientă ştie că poate coopera, ajutându-te să recunoşti

> acele perioade din cursul zilei în care ai nevoie de odihnă (o pauză de odihnă de 15-20 de minute), vei vrea să te trezeşti, lăsând pleoapele să se deschidă de la sine?

Alte exemple de utilizare a sugestiilor indirecte sunt prezentate în această carte, fiind discutate pe larg în Erickson (1958a, 1977), Erickson şi Rossi (1976a, 1976b, 1979) şi Erickson, Rossi şi Rossi (1976).

Auto-hipnoza

Este important ca pacienţii să continue cu terapia între şedinţele de terapie deoarece :

- le permite să continue relaţia cu terapeutul şi procesul terapeutic ;
- le facilitează procesul de auto-ajutorare şi întărire a eului ;
- întăreşte însuşi procesul terapeutic.

Este uşor ca pacienţii „să intre în stare hipnotică" şi să se bucure de beneficiile relaxării induse, precum şi de procesele naturale de vindecare ocurente. În timpul auto-hipnozei, ei se pot angaja de asemenea în realizarea scopurilor terapeutice, cum sunt gândirea pozitivă sau întărirea eului ; de exemplu, imaginându-şi rezultatul favorabil al terapiei. Auto-hipnoza poate fi uşor învăţată de pacient în timpul şedinţei obişnuite de terapie, precum şi la finalul terapiei, iar în timp ce se află în transă i se poate da următoarea sugestie :

Intervenţia 7. O ilustrare a auto-hipnozei (1)

...Ştii că poți face uşor acest lucru pentru tine însuți acasă. Tot ce e nevoie să faci este să stai sau să te întinzi într-un loc relaxant şi să devii conştient de respirația ta, spunându-ți „mă relaxez" de fiecare dată când expiri... observând că devii din ce în ce mai relaxat cu fiecare expirație... Data viitoare când respiri, lasă pur şi simplu ochii să se închidă până la punctul în care simți că pleoapele se lipesc... Lasă acest sentiment de relaxare să se răspândească în jos pe coapse până în vârful degetelor de la picioare, lasă corpul să plutească... Bucură-te de această senzație de plutire în timp ce te îndrepți spre locul tău preferat în aer liber... Observă ce vezi... auzi... simți... şi poate, dacă doreşti, întâlneşti un animal prietenos, căruia să îi dai toate problemele tale, pentru a învăța ceva pozitiv despre tine însuți (*vezi intervenția 17 din capitolul 4*)... ştiind că atunci când ochii tăi se deschid (*după o perioadă predeterminată*) te vei simți relaxat şi atent, ştiind că în tine apar schimbări pozitive importante deşi ai putea să nu fii încă conştient de ele, dar având încredere în mintea ta inconştientă pentru a lăsa ca acest lucru să se întâmple... Ştii că vei intra în această stare plăcută de hipnoză numai dacă eşti în siguranță şi este potrivit pentru tine să faci acest lucru în acest moment. Dacă, indiferent de motiv, devine incomod sau nu te simți în siguranță atunci când eşti în transă, vei deschide imediat ochii şi vei fi deplin treaz.

Intervenţia 8. O ilustrare a auto-hipnozei (2)

Poți folosi această abordare pentru tine însuți atunci când doreşti să te simți mai calm şi relaxat (*sau terapeutul poate „prescrie" o sarcină ca temă pentru acasă, care să fie urmată de o sarcină terapeutică, precum gândirea pozitivă şi întărirea eului; de exemplu, imaginarea rezultatelor favorabile ale terapiei*)... Tot ce trebuie să faci este să te aşezi într-un scaun

confortabil acasă şi să îți priveşti mâna.. Lasă aceste schimbări să apară aşa cum au făcut-o acum... Te poți bucura de experiența relaxării profunde până când eşti pregătit să deschizi ochii. Poți decide dinainte câte minute să rămâi în această stare plăcută de relaxare a minții şi corpului (*Uneori, îi explic pacientului în acest punct că avem un ceas biologic pe care îl putem fixa, care ne poate trezi în momentul adecvat şi decis dinainte, deoarece pot dezvolta anxietăți legate de rămânerea prea îndelungată în această stare confortabilă sau le-ar putea fi teamă că „nu se vor trezi"*!) Mâna şi brațul tău vor face o schimbare numai atunci când decizi că aceasta va fi pentru scopuri strict „terapeutice"... Nu se va întâmpla dacă te uiți întâmplător la mâna sau brațul tău în orice alt moment care nu este adecvat. Pe măsură ce practici auto-hipnoza frecvent vei descoperi că sentimentele de relaxare şi pace devin tot mai puternice de la o zi la alta... Atunci când vei deschide ochii, acel sentiment al relaxării şi păcii va rămâne cu tine din ce în ce mai mult. Vei afla că poți face față din ce în ce mai bine problemelor din viața ta şi vei avea un sentiment tot mai profund al stării de bine.

Depăşirea rezistenţei în hipnoterapie

În conformitate cu poziţia psihanalitică tradiţională, rezistenţa este inevitabilă pentru că este intrinsecă mecanismelor de apărare pe care le foloseşte pacientul pentru a îndepărta anxietatea şi vina, iar rezistenţa este depăşită prin interpretare şi *insight*. Pregătirea atentă a pacientului în timpul primei evaluări va înlătura cele mai multe dificultăţi legate de rezistenţă prin :

- gestionarea miturilor legate de hipnoză ;
- stabilirea expectanţelor pozitive ;
- evaluarea pacientului cu ajutorul unei scale formale, cum este HIP a lui Spiegel (vezi intervenţia 1) ;
- construirea unei relaţii colaborative care implică respectul şi încrederea ;

- atenţie acordată problemelor de graniţe (frecvenţa şedinţelor, lungimea şedinţelor de terapie, tarifele şi contractul terapeutic).

Cu toate acestea, chiar şi atunci când adoptăm aceste strategii, pacientul poate fi în continuare rezistent la hipnoză. Aşa cum s-a discutat deja, Erickson a realizat un număr de metode indirecte care trec de şi depăşesc rezistenţele pacientului. Acestea includ prescripţiile paradoxale, legăturile terapeutice, sugestiile indirecte, pantomima, tehnicile de confuzie, utilizarea simptomelor pacientului şi însăşi rezistenţa (Erickson, 1952b, 1956, 1973 ; Erickson, Rossi, 1975).

Tehnica „prietenul meu John”

Voi face aici o scurtă descriere a tehnicii lui Erickson numită „prietenul meu John” (1964b) pentru că o consider o abordare foarte valoroasă în hipnotizarea pacientului rezistent. În mod tipic, terapeutul spune „prietenului meu John” să se aşeze confortabil pe scaun, să îşi plaseze confortabil mâinile pe picioare şi să observe, mai devreme sau mai târziu, o senzaţie într-unul dintre degete, în stânga sau dreapta, urmată de levitaţia degetului, mâinii sau braţului. Pe măsură ce terapeutul face aceste sugestii, fiecare pas este demonstrat de o continuă demonstraţie lentă a acestor mişcări (pantomimă). Apoi terapeutul adaugă că, pe măsură ce mâna pluteşte spre faţă, ochii se vor închide atunci când degetele ating faţa şi că vor rămâne închişi pe toată perioada prelucrării clinice. Erickson scrie :

> Tehnica „prietenul meu John” este o metodă excelentă de a învăţa subiecţii rezistenţi să intre în transă. O demonstrez pacientului rezistent care vine la terapie şi rezistă, şi o demonstrez

> atât de amănunţit şi atent, încât, pe măsură ce mă priveşte cum induc transa imaginarului meu prieten John, pacientul respinge atât de mult pierderea sa de timp şi de bani şi devine atât de responsiv fără să îşi dea seama în timp ce îl hipnotizez pe „John”, urmându-i exemplul şi dezvoltând o transă fără să simtă nevoia de a opune rezistenţă… De asemenea, folosesc această tehnică pentru a preda auto-hipnoza în situaţia heterohipnotică pacienţilor care trebuie să repete acasă în relaţie cu studiul, migrena, obezitatea etc. (1964, p. 5).

Atunci când se foloseşte această abordare cu copiii pot fi utilizate cu mult succes păpuşile reale sau imaginare ori alte jucării.

Utilizarea

Atunci când lucra cu pacienţii rezistenţi, Erickson a subliniat importanţa utilizării simptomelor pacientului şi a tiparelor sale generale de comportament. Autorul scrie : „Prin utilizarea tiparelor proprii de răspuns şi comportament, incluzându-le pe acelea care fac parte din boala actuală, putem influenţa terapia mai profund şi mai satisfăcător, rezistenţa la terapie fiind redusă, iar acceptarea terapiei facilitată (1973, p. 217).

Încheierea şedinţei de terapie

La finalul şedinţei terapeutice, este important ca pacientul să funcţioneze ca un adult raţional şi inteligent şi complet ancorat în prezent. Prin utilizarea tehnicilor de folosire a „timpului prezent”, terapeutul poate ajuta de obicei pacientul pentru a se reorienta spre prezent. Acest lucru este important atunci când

pacientul a petrecut o parte din şedinţa de terapie lucrând cu experienţe negative din trecut. Există multe tehnici care pot ajuta în procesul de reorientare, incluzând :

- descrierea literală (de exemplu, descrierea încăperii sau a călătoriei spre casă) ;
- întărirea eului (de exemplu, ceva ce pacientul poate aştepta cu plăcere mai târziu în cursul zilei sau ceva ce urmează să sărbătorească în viaţa sa) ;
- validarea pacientului ;
- discutarea temelor pentru acasă solicitate pacientului.

Adesea sunt întrebat cum „scot pacientul din hipnoză" şi dacă întâmpin dificultăţi. Este improbabil să apară dificultăţi în ieşirea din transă, dar în cazul când aceasta se întâmplă cel mai urât scenariu este acela în care pacientul cade într-un somn natural. Transa se termină de obicei cu cerinţa de a se „trezi", de exemplu :

Atunci când voi număra de la unu la şase deschide ochii, simţindu-te relaxat şi proaspăt.

Totuşi, uneori poate fi necesar să trezim pacientul în treptat, de exemplu :

> Cu fiecare respirație, lasă senzația de veghe să se răspândească din labele picioarelor în picioare... Starea de veghe se răspândeşte în întregul tău corp... În sus, spre față şi pleoape... lăsând pleoapele să se deschidă încet... Pe măsură ce te reîntorci în această încăpere, te vei simți proaspăt şi alert... Ştii că se întâmplă lucruri importante în mintea ta inconştientă chiar acum, chiar dacă nu eşti pe deplin conştient de ceea ce se întâmplă.

O altă modalitate foarte utilă de terminare a şedinţei de terapie este întrebarea de accesare bazală sau directiva implicată, de exemplu:

De îndată ce mintea ta inconştientă ştie că te poţi întoarce uşor şi în siguranță în această stare pentru a lucra constructiv data viitoare când suntem împreună, te vei trezi simțindu-te împrospătat şi alert ? (Erickson, Rossi, 1976b, p. 13)
Atunci când mintea ta inconştientă ştie că poate continua cu vindecarea după ce ai deschis ochii, chiar şi atunci când vei dormi mai târziu în cursul zilei de astăzi, te vei trezi simțindu-te împrospătat şi relaxat?
Şi atunci când cealaltă minte a ta ştie că poate utiliza toate învățăturile din această şedință pentru a te ajuta să rezolvi probleme din viața ta, ochii tăi se vor deschide?
Atunci când sinele tău interior a întreprins un efort interior suficient, vei descoperi că întâi îți mişti picioarele sau mai degrabă vei întinde brațele pe măsură ce te trezeşti, gata să discuți orice este necesar? (Rossi, 1996, p. 198)
Atunci când mintea ta inconştientă ştie că poate coopera ajutându-te să recunoşti acele perioade din cursul zilei în care ai nevoie să te odihneşti pentru vindecare (o pauză de 15-20 de minute), te vei trezi? (Rossi, 1996, p. 194)
Şi atunci când devii conştient de faptul că te poți trezi cu o amintire completă a tot ceea ce ştii despre situația ta, ochii se vor deschide pe măsură ce devii complet treaz, cu o întindere confortabilă? (Rossi, 1996, p. 200).
Ai decis când vei utiliza ceea ce ai învățat în această şedință de terapie?
Mintea ta conştientă poate fi interesată de ceea ce ai învățat din această experiență şi mintea ta inconştientă poate avea grijă de învățare cu adevărat sau poate mintea inconştientă îți permite numai să devii interesat pe măsură ce mintea conştientă începe să învețe? (Lankton şi Lankton, 1986, p.246).
Eşti surprins că poți fie să înveți din această experiență, fie să te înțelegi în mod diferit pe tine însuți?

Atunci când mintea ta inconştientă ştie că poate folosi învăţămintele din această experienţă sau te înţelege în mod diferit, îţi vei găsi corpul mai alert aşa încât ochii se pot deschide? În vreme ce te întrebi dacă vei fi capabil să integrezi toate aceste lucruri învăţate într-un vis vindecător mai târziu în cursul zilei de astăzi, sau mâine, sau la sfârşit de săptămână, te vei trezi fascinat de anticipare?

O altă abordare este „bila de cristal imaginară”, care ajută pacientul să lege ceea ce a lucrat şi învăţat la nivel inconştient în cadrul şedinţei de terapie cu vise ulterioare şi cu *insight*-ul.

Intervenţia 9. Bila de cristal

Acum, când eşti pregătit, cu ajutorul minţii tale inconştiente, îţi poţi imagina o bilă de cristal specială... În această bilă de cristal, mintea ta inconştientă poate proiecta sinele tău viitor, aşa cum vei fi atunci când ai integrat experienţe din trecut pe care le-ai descoperit astăzi, atunci când îţi vor fi de folos... Eliberat de sentimentele de distres şi reacţiile pe care le-ai trăit cu câteva momente în urmă... Atunci când acest lucru îţi este cu adevărat de ajutor... Acordă-ţi acum câteva momente pentru ca acest lucru să se întâmple... Atunci când îţi apare ceva în minte, lasă capul să se mişte în semn că „da” sau lasă degetul tău „da” să se mişte, pentru a-mi comunica şi mie acest lucru... Dar s-ar putea să nu ştii acest lucru în mod conştient, deşi mintea ta inconştientă ştie... Poţi afla când este mai adecvat... poate în cursul unui vis mai târziu, astăzi, sau mâine. Te poţi întreba dacă acest lucru se va întâmpla în noaptea aceasta sau mâine noaptea sau poate la un moment dat săptămâna viitoare, dar atunci când mintea ta inconştientă ştie că vindecarea va avea loc, ochii se vor deschide pe măsură ce devii pe deplin conştient de locul în care te afli?

În general, multe dintre tehnicile directe şi indirecte folosite pentru inducţia de transă pot fi folosite şi pentru „ieşirea din transă”.

Finalizarea terapiei

Ideal ar fi ca acest lucru să fie discutat cu pacientul la prima şedinţă de terapie. Trebuie justificat numărul predeterminat de şedinţe, deoarece, adesea, finalizarea relaţiei terapeutice poate părea ameninţătoare. De obicei, finalizarea terapiei nu este o problemă. Dar pot exista situaţii în care pacientul a avut dificultăţi în trecut cu experienţele de separare, care intervin şi în această situaţie. Rezistenţa la finalizarea terapiei poate afecta în aceeaşi măsură şi terapeutul şi este important să fim vigilenţi în ceea ce priveşte reacţiile personale. Motivele rezistenţei pot fi legate de factori financiari, precum şi de incapacitatea de a atinge scopurile terapeutice nerealiste. Trebuie subliniat aici că schimbarea terapeutică apare adesea după ce şedinţele formale de terapie s-au încheiat. Efortul realizat în şedinţele de hipnoterapie trebuie să fi pregătit pacientul să folosească auto-hipnoza în gestionarea nu numai a problemei sale specifice, ci şi a problemelor stresante în general. Cei mai mulţi pacienţi vor fi învăţat tehnici de relaxare, întărire a eului, auto-observarea comportamentelor distructive proprii şi, să sperăm, şi o perspectivă mai pozitivă ca filozofie de viaţă.

Capitolul 4

Întărirea eului

Sunteţi aşezat confortabil ? Atunci voi începe. A fost odată ca niciodată un bărbat care vâna. La un moment dat şi-a dat seama că undeva aproape de el se afla un tigru. Intrând în panică, a început să fugă cât de tare putea. Deşi nu putea vedea tigrul, îi simţea respiraţia caldă în ceafă, ceea ce îl determina să fugă din ce în ce mai repede. Fugea mai repede decât o făcuse vreodată şi într-un final a ajuns la marginea unei prăpăstii, împiedicându-se. Cu puţin noroc, a reuşit să se prindă cu mâna de un mic tufiş şi a început să se balanseze periculos deasupra hăului. Uitându-se în sus a văzut tigrul, care avea o privire fioroasă, uitându-se în jos, spre el ; uitându-se apoi în jos, a văzut un alt tigru care îl privea, cu gura larg deschisă, aşteptând ca omul să cadă. Dar asta nu era tot. Doi şoareci micuţi rodeau tulpina tufişului salvator de care era agăţat. Atunci omul a observat un tufiş de fragi lângă el. S-a întins şi a cules câteva fructe roşii, le-a băgat în gură şi a savurat gustul dulce, apoi a exclamat : „Ah, ce delicioşi sunt fragii ! ”.

Introducere

Mulţi oameni care vin la terapie (şi în afara terapiei) sunt stresaţi şi nutresc sentimente de neajutorare, lipsă de speranţă şi o pierdere a direcţiei proprii şi a controlului (perceput). Cu

alte cuvinte, se simt „stresaţi”. Pacienţii au nevoie să găsească puterea şi motivaţia pentru a se angaja în sarcina dificilă de rezolvare a propriilor probleme legate de stres. În acest punct, sunt extrem de valoroase întărirea eului şi relaxarea, care pot prin ele însele să fie suficiente pentru a ajuta pacientul să gestioneze unele probleme ale sale (Hartland, 1971 ; Clanan, 1977 ; Stanton, 1979 ; Johnson, Walker, Heys, Whiting, Eremin, 1996). Hartland şi-a dat seama că cei mai mulţi pacienţi care vin la terapie nu doresc să renunţe la simptomele lor până când nu se simt suficient de puternici pentru a se descurca fără ele. Drept urmare este util să dedicăm un timp considerabil întăririi eului pacienţilor, mai ales la începutul terapiei şi la finalul şi începutul fiecărei şedinţe. Aşa cum am menţionat în capitolul 2, starea de bine este conectată direct la procesele biologice legate de sănătate (Steptoe, Wardle, Marmot, 2005).

În afară de procedurile de întărire a eului este util să încurajăm pacienţii să dezvăluie orice stres minor (şi anume hărţuielile zilnice) pe care îl poate trăi, deoarece acesta împiedică de multe ori experienţele pozitive (gândiţi-vă la şoareci şi la fragi !). Următoarele două proceduri (intervenţiile 10 şi 11), abordarea lui Stanton de întărire a eului în cinci paşi (descrisă în acest capitol) şi aceea descrisă în intervenţia 16 pot fi de asemenea eficace pentru a ajuta pacientul să se descurce cu distresul minor şi cu eliberarea cogniţiilor şi emoţiilor pozitive suprimate. După depăşirea cu succes a distresului minor, pacientul poate vedea acest „stres” din viaţa sa ca fiind irelevant sau chiar fals în contextul enormităţii altor probleme. Uneori, este important să încurajăm pacientul să râdă de prostia sa, deşi acest lucru trebuie făcut cu grijă şi respect. Râsul furnizează un bun punct de plecare pentru procesul catharctic şi de-stresează prin sine.

Intervenţia 10. Gestionarea distresului minor (1)

Conştientizează locul în care se află tensiunea în corpul tău şi, pe măsură ce expiri, lasă acelei tensiunea să iasă cu respirația ta... cu fiecare expirație te bucuri de experiența de a fi din ce în ce mai relaxat. Ai început deja să observi acest lucru? Te rog să te să devii din ce în ce mai conştient de cât de relaxat devii... Aşa este foarte bine! Mă întreb dacă poți începe să laşi toate supărările din viața ta să se îndepărteze, ca şi cum o briză răcoroasă le duce departe într-o zi caldă de vară, suflate de vânt, aşa încât să nu te mai deranjeze vreodată... Aşa este bine! Observă respirația ta, lentă şi fără efort... şi corpul tău în contact cu scaunul.. şi sunetul vocii mele... senzația de uşurință se răspândeşte în picioarele şi în corpul tău... vindecând fiecare celulă... până la pleoape... Pe măsură ce ele se deschid încet.

Intervenţia 11. Gestionarea distresului minor (2)

Atunci când eşti pregătit să faci față tuturor acelor stresuri minore curente din viața ta, lasă-ți ochii să se închidă şi permite minții tale inconştiente să găsească experiențe şi amintiri pozitive în viața ta... Ai putea fi surprins să descoperi că vei începe să observi sentimente şi senzații pozitive... Dă-le voie să alunece încet în mâna ta dominantă, umplându-o cu energie vindecătoare şi cu resurse... Pe măsură ce strângi pumnul, aceste sentimente devin din ce în ce mai puternice... Păstrează aceste sentimente şi concentrează-te pe cealaltă mână... Pune tot acest distres din viața ta în acea mână... aşa este bine. Şi acum strânge şi mai mult mâna pozitivă... Când faci asta împingi toate sentimentele şi resursele pozitive în sus pe braț, de-a lungul umerilor, şi în jos pe celălalt braț, aşa că împinge distresul spre vârful degetelor tale... Te poți întreba dacă acest lucru se întâmplă cu adevărat pe măsură ce observi acele senzații fascinante din vârful degetelor... aşa este foarte bine, scutură un pic mâna pentru a îndepărta orice distres rezidual!

Ştii că oricând doreşti să accesezi aceste resurse şi sentimente pozitive tot ce trebuie să faci este să strângi pumnul dominant. Poate ai vrea să încerci asta înainte să deschizi ochii şi să-mi spui cum te simți... aşa este foarte bine!

O abordare similară a întăririi eului a fost descrisă pentru prima dată de Stein (1963) şi se numeşte „tehnica pumnului strâns”, stresul fiind colectat în pumnul strâns şi apoi eliberat pe măsură ce pumnul se deschide, probabil cu o asociere a evaporării pe măsură ce persoana expiră. Aceste abordări sunt în acelaşi timp tehnici de relaxare şi de întărire a eului.

Există trei principii generale în abordările pentru întărirea eului (Phillips, Frederick, 2005, p. 83) :

- sugestia directă facilitată de heterohipnoză sau auto-hipnoză ;
- întărirea eului proiectivă/evocativă ;
- abordările ericksoniene.

Sugestia directă şi auto-hipnoza

Hartland folosea întărirea eului cu pacienţii care erau pe lista de aşteptare pentru tratament hipnoanalitic. Sugestiile lui erau autoritare, directive, orientate spre viitor şi suportive. Scopul lui Hartland a fost acela de creştere a stimei de sine şi a încrederii pacientului, precum şi de îmbunătăţire a abilităţilor de *coping* şi de minimalizare a anxietăţii şi îngrijorării. El susţinea că puţini pacienţi renunţă la simptome înainte de a se simţi suficient de stăpâni pe sine şi de puternici pentru a funcţiona fără ele. Această abordare poate fi foarte potrivită pentru pacienţii care au o mare nevoie de structurare şi doresc instrucţiuni şi îndrumări. Philips şi Frederick (1995) consideră

că : „Îndrumarea şi sugestia directă pot crea un locuri comune pentru asemenea pacienţi care încep căutarea stimei personale şi autonomiei" (p. 84).

Sugestiile pozitive pentru valorizarea sinelui şi eficacitate pot fi făcute atât individual, cât şi în grup în cadrul hipnozei. Tehnicile descrise mai jos pot fi învăţate cu uşurinţă de către pacient, care le poate apoi practica acasă, eventual cu utilizarea unei înregistrări audio realizate de terapeut. Unii pacienţi preferă să folosească o înregistare audio, dar ei trebuie încurajaţi să se dispenseze cât de curând posibil de acea înregistrare pe măsură ce devin mai independenţi în gestionarea propriului stres.

Intervenţia 12. Sugestie directă pentru întărirea eului

Pacientul este întâi hipnotizat apoi se aplică intervenţia următoare sau una similară :

> În timp ce stai aşezat aici, închide ochii şi dezvoltă orice grad al transei îți este necesar pentru a te simți mai bine... Asta este tot ceea ce trebuie să faci în timp ce eu îți vorbesc. Singurul lucru important este ceea ce îți spun, aşa că te rog să asculți cu atenție atât cu mintea conştientă, cât şi cu cea inconştientă, care va prelua controlul pe măsură ce continui să asculți activ vocea mea. Nu trebuie să faci nimic sau să îți aminteşti nimic, pur şi simplu lasă-te prins de cuvintele mele şi permite celor spuse de mine să plutească fără efort în mintea ta inconştientă. Cu fiecare inspirație, continui să te simți tot mai sigur pe tine, mai încrezător, ştiind că te poți descurca cu problemele tale în mod eficient, astfel încât să îți trăieşti viața satisfăcător. Un sentiment mai puternic al controlului asupra tuturor acelor zone din viața ta care sunt importante pentru tine... relațiile tale, sănătatea ta, sexualitatea ta, munca ta, familia ta... şi aceste sentimente pozitive vor continua să devină tot mai puternice cu

fiecare zi care trece, chiar şi atunci când dormi... Poți ancora aceste sentimente puternice de încredere în sine şi valoare a sinelui frecând uşor degetul mare şi cel arătător... Aşa este foarte bine. Şi acum voi număra de la unu la şase, iar pe măsură ce fac acest lucru, lasă senzația de trezire să plutească în sus prin picioarele tale, în sus, în corp şi spre fața ta... Pe măsură ce senzația de uşurime ajunge la pleoapele tale, lasă ochii să se deschidă. Vei fi deplin treaz, alert şi orientat în prezent, ştiind exact unde eşti şi care sunt intențiile tale imediate... Ştii că este ceva ce poți face de unul singur şi mai târziu acasă. În viitor, oricând doreşti să accesezi aceste sentimente de încredere şi valoare a sinelui, tot ce ai de făcut este să freci degetul mare de cel arătător.

Vizualizarea şi imageria

Sugestiile directe în întărirea eului au fost modificate prin adăugarea vizualizării şi imageriei (Stanton, 1979, 1989). Experienţa abilitării are de asemenea rezultate excelente în întărirea eului (Gardner, 1976 ; Diamond, 1981). Pot fi utilizate şi tehnicile destinate eliminării gândurilor şi sentimentelor anxioase, precum şi a celor care „accentuează ceea ce este pozitiv", prin accesarea abilităţilor din trecut şi a succeselor, de exemplu, vizualizarea hipnotică a eliminării anxietăţilor şi problemelor zilnice prin aruncarea lor într-un coş de gunoi imaginar (Phillips, Frederick, 1995, p. 84). O etapă excelentă de pregătire pentru schimbări viitoare poate conta într-o trecere în revistă a achiziţiilor trecute.

Întărirea eului proiectivă/evocativă

Experienţele trecute pozitive

Metodele de întărire a eului au rolul de a aduce la suprafaţă material inconştient, relevant pentru problemele pacientului, astfel încât să activeze resursele interioare importante. Această abordare subliniază faptul că, deşi trecutul pacientului poate conţine probleme necunoscute, el de asemenea conţine şi resurse necunoscute. Succesul exerciţiului este facilitat de hipnoză, ajutând pacientul să se concentreze asupra succeselor şi achiziţiilor din trecut. Aceasta poate include experienţe cotidiene, cum sunt mersul pe bicicletă, cititul, mersul, trecerea unor examene etc. Un mod de realizare este de a cere pacientului să îşi imagineze un album de fotografii sau un jurnal cu poze care conţine experienţe şi evenimente trecute pozitive.

Intervenţia 13. Albumul de fotografii pentru întărirea eului şi stabilirea scopurilor

Atunci când pacientul este „în transă” pot fi făcute următoarele sugestii :

> Imaginează-ți că ai în fața ta sau ții în poală un album de fotografii... un album de fotografii este un obiect în care aşezăm toate experiențele şi amintirile pozitive din viața noastră... concediile... sărbătorile... cum sunt zilele de naştere, nunțile, petrecerile, absolvirea şcolii... care, atunci când ne uităm la poze, ne amintesc de aceste timpuri fericite şi plăcute... De asemenea, ne fac să ne simțim bine. Aşa că te invit să deschizi

albumul la ziua de azi... Încă nu există nici o fotografie acolo, dar poți lipi o fotografie cu ceva bun din experiența ta de azi... Ceva care face ca viața să merite trăită chiar acum (spuneți data exactă)... Aceasta nu trebuie să fie o întâmplare specială din viața ta... De fapt poate fi ceva chiar banal, dar cu toate acestea, ceva care te face să te simți confortabil... Poate o relație, legat de muncă... şi aşa mai departe... Ține cu tine aceste sentimente pozitive... Ştii când a fost prima oară când te-ai simțit aşa?... Găseşte acel moment în albumul tău de fotografii şi observă ce imagini sunt acolo... Unde este asta? Ce se întâmplă? Cine este acolo?... Cum te face să te simți? Păstrează acest sentiment, lasă-l să devină tot mai puternic... Întoarce pagina şi găseşte următorul eveniment din viața ta care a fost o experiență pozitivă... Întoarce pagina în viitor şi pune acolo o fotografie care reprezintă o experiență pozitivă din viața ta într-un anumit punct din viitor în care ai realizat un scop sau un vis pe care îl ai... Ştii că ai resursele necesare pentru a face acest lucru să se întâmple... Există lucruri pe care este nevoie să le faci mai devreme sau mai târziu pentru a face ca asta să se întâmple, deşi s-ar putea să nu-ți dai seama de acest lucru decât mai târziu în seara aceasta... Mai devreme sau mai târziu...

Prin imaginarea albumului de fotografii pacientul este încurajat să găsească experienţe pozitive din trecut pe care să le proiecteze în viitor. În acest fel, pacienţii pot experimenta felul în care s-au descurcat cu problemele curente, trăind de asemenea şi împlinirea scopurilor terapeutice la o dată prezumtivă din viitor. Ajutarea pacientului pentru a stabili scopuri prin această metodă este un aspect important al întăririi eului, precum şi în luarea deciziilor şi managementul stresului. Această metodă de lucru poate fi intercalată în secvenţe simple sau complexe de imagerie în care se folosesc diferite scenarii.

Regresia de vârstă pozitivă

Regresia de vârstă pozitivă poate fi facilitată în multe moduri : de exemplu numărând, înapoi până la acea vârstă ; prin „crearea unei punţi" (vezi discuţia din capitolul 5) ; cerând pacientului să treacă în revistă experienţe pozitive din trecut, fie cronologic, fie la întâmplare şi aşa mai departe. Phillips şi Frederick (1995, p. 58) întreabă pacienţii ce calităţi personale ar dori să aibă la îndemână înainte de a face o călătorie în trecutul necunoscut sau traumatic. Experienţele pozitive (de exemplu, încrederea sau curajul) pot fi apoi invocate prin faptul că pacientul îşi freacă vârfurile degetelor unul de altul. În plus, pe lângă împreunarea degetului mare şi arătător există multe alte metode de „ancorare" a experienţelor : de exemplu, printr-un cuvânt sau o frază („Relaxează-te" ; „Mă simt relaxat şi sigur pe mine") ori prin atingerea unui obiect „magic", de exemplu, o pietricică, un inel sau o monedă.

Următoarea intervenţie de recaptare a sentimentelor pozitive este frecvent folosită în psihoterapie.

Intervenţia 14. Locul preferat în aer liber (sau locul preferat securizant)

Lasă-te să pluteşti lent şi fără efort spre locul tău preferat din aer liber (*dacă terapeutul ştie unde este acest loc atunci poate fi mai specific, dacă nu, rămâne vag*)... Un loc în care te simți relaxat, fericit şi în siguranță... Observă ce vezi în jurul tău... Nu ştiu ce vei găsi cel mai interesant în locul tău preferat... Poate formele şi culorile, alți oameni... ascultarea sunetelor... conştientizarea temperaturii mâinilor şi feței tale... şi sentimentul de bucurie şi fericire... Lasă ca aceste sentimente pozitive să plutească în jurul corpului tău îndepărtând tensiunea reziduală

din fiecare celulă... şi mă întreb dacă ai observat deja că mintea şi corpul tău sunt mai relaxate, se simt confortabil şi în pace.. ştiind că faci acest lucru pentru tine aproape fără efort, nu este nevoie să faci nimic altceva decât să te bucuri de această experiență plăcută. Atunci când te simți cu adevărat bine poți împreuna degetul mare şi arătătorul astfel încât în viitor şi atunci când te trezeşti să poți face acest lucru ca modalitate privată de accesare a acelor sentimente pozitive. (*Se poate sugera de asemenea ca pacientul să spună un cuvânt, cum este „relaxează-te" sau „pace".*) Poți rămâne în acest loc special al tău cât timp ai tu nevoie pentru a te simți complet calm şi relaxat. Poți vizita locul tău preferat oricând e bine pentru tine, stând într-un loc liniştit, închizând ochii şi lăsându-te să pluteşti fără efort într-acolo. Atunci când eşti pregătit să părăseşti locul tău special deschide ochii şi reîntoarce-te în această încăpere. Poți continua să te simți la fel de bine cum te simți acum, complet relaxat şi liniştit, gata să faci orice este nevoie să fie făcut.

Lucrând cu o pacientă bulimică, Hawkins (1990) a descoperit că regresia la evenimentele trecute este foarte eficace atunci când pacientul trăieşte sentimentele de control, speranţă şi expectaţie.

Intervenţia 15. Trecerea în revistă a experienţelor pozitive

Imaginează-ți că ai în fața ta un ecran de televizor cu mai multe butoane pentru diferite canale, pentru volum şi calitatea imaginii. Pe canalul 1 poți urmări toate acele evenimente pozitive din viața ta, mergând înapoi în timp până când erai foarte tânăr (*alte canale sau casete video pot fi stabilite dacă acest lucru este adecvat pentru pacient; de exemplu, experiențe legate de mâncare, experiențe legate de fobii, experiențe sexuale, viitorul etc.*). În vreme ce te urmăreşti pe ecran, bucură-te de experiențele

pozitive, dă-ți voie să te simți bine şi relaxat... Pot exista experiențe la care ai putea dori să te întorci mai târziu, poate într-un vis în seara aceasta sau atunci când faci acest lucru acasă în timpul săptămânii. În câteva momente, atunci când te reîntorci în această încăpere, poți permite canalului să continue să ruleze în mintea ta astfel încât să continui să simți toate acele sentimnete bune din acele timpuri şi locuri din viața ta... Lasă-le să intre în întreaga ta ființă şi în tot ceea ce faci.

Această abordare pregăteşte pacientul pentru posibilitatea de a trece în revistă experienţe trecute pentru a simţi emoţiile şi senzaţiile asociate cu aceste evenimente pozitive. Deoarece multe persoane cred că regresia duce automat la amintirea unor evenimente neplăcute şi a unor sentimente negative, pregătirea pacientului pentru gândul că regresia poate fi pozitivă este o modalitate eficace de a-l învăţa că procesul furnizează experienţe de învăţare valoroase din trecut care pot fi utilizate pentru rezolvarea problemelor sale. Mai târziu în contextul abordărilor psihodinamice şi a prelucrării traumei, terapeutul poate introduce ideea de regresie la amintiri (posibil) traumatice fără prea mari dificultăţi, deoarece a fost deja realizată o mare parte din munca de pregătire.

Regresia de vârstă hipnotică este o sursă bogată de experienţe din copilărie care sunt reamintite, retrăite, pozitive şi care duc la întărirea eului. Însă experienţele bune şi plăcute sunt adesea „amestecate" şi asociate cu experienţe traumatice negative. Există întotdeauna posibilitatea ca atunci când un pacient îşi aminteşte experienţe bune, să fie scoase „din abis" în mod dialectic şi experienţe negative. De fapt, aceasta poate fi o bună metodă „paradoxală" prin care pacientul este ajutat să aducă mai aproape de suprafaţă materialul traumatic (de conştient) pentru prelucrarea „psihodinamică" în terapie. Clinicianul nu trebuie să fie surprins, în consecinţă, dacă în timpul întăririi

eului apar ocazional experienţe negative şi catharsisul asociat. Dacă regresia negativă spontană şi abreacţia apar în cursul primei întăriri a eului este mai bine să nu fie dezvoltate în acest stadiu. Phillips şi Frederick (1995) sugerează că pacientul „cere minţii sale inconştiente să creeze un loc sigur sau un recipient care să poată stoca toate experienţele din şedinţa de terapie până la momentul în care, pacientul împreună cu terapeutul decide să îl deschidă” (p. 59). Unul dintre pacienţii mei mi-a dat cheia de la cutia încuiată astfel încât să o poată deschide doar în timpul şedinţei de terapie !

În afară de „experienţele pozitive învăţate”, care pot fi invocate din trecut pentru a ajuta pacientul să devină mai puternic, permiţându-i astfel să facă munca terapeutică necesară pentru schimbarea psihodinamică, este de asemenea posibil ca pacientul să invoce „resursele şi forţa sa interioară” (McNeal, Frederick, 1993).

Intervenţia 16. Găsirea resurselor şi forţei interioare

Atunci când eşti pregătit, lasă-ți ochii să se închidă, intră în mintea ta şi găseşte-ți resursele interioare... forța ta interioară... acea parte a minții tale care este centrul ființei tale... acele puteri şi resurse de care dispui la nivel inconştient pentru a te ajuta să te descurci cu acele momente din viața ta în care te afli sub presiunea stresului... Cu fiecare inspirație, lasă aceste forțe pozitive să plutească în jurul corpului tău... Nu este nevoie să faci nimic pentru ca acest lucru să se întâmple... Aceste forțe îndepărtează tot stresul şi toată tensiunea... Deja te simți mai bine în legătură cu tine însuți şi ştii că poți gestiona eficient acele probleme din viața ta care te fac să nu te simți confortabil... Când te simți cu adevărat puternic, apropie degetul mare de arătător... Pe măsură ce le freci unul de altul poți observa cum aceste sentimente pozitive devin din ce în ce mai

puternice... Dacă în viitor ai nevoie să intri în contact cu acestă forță interioară, atunci tot ce trebuie să faci este să împreunezi degetul mare şi arătătorul... Acum, cu fiecare inspirație, lasă-ți corpul să devină tot mai uşor, răspândind această senzație în sus prin labele picioarelor spre picioare, în abdomen... în piept... spre față... spre ochi.. În vreme ce ei se deschid lent... simți contactul cu scaunul, picioarele care stau pe sol, asculți vocea mea... Ştii că forța ta interioară va continua să curgă prin corpul tău chiar şi atunci când dormi, mai târziu în cursul zilei.

O altă abordare pentru găsirea forţei şi resurselor interioare, care poate fi valorizată la începutul tratamentului este „consilierul interior” sau tehnica „animalului prietenos” (Jaffe, Bresler, 1980, pp. 45-59). Consilierul interior este un proces care permite pacientului să ajungă la bogatele sale resurse interioare pentru vindecare şi forţă. Prima şcoală importantă de psihologie care s-a folosit de consilierul interior ca parte a procesului terapeutic a fost psihanaliza jungiana ; mai târziu au fost dezvoltate de Assagioli (1965/1975) abordări similare în cadrul unei metode numite „psihosinteză”, apoi de Progoff (1977,1982) în „jurnalul intensiv”. Pentru multe persoane, consilierul interior ia forma unei figuri autoritare respectate, cum este un profesor sau un părinte, sau o altă figură simbolică respectată, cum este bătrânul înţelept, cu care pacientul poate avea o conversaţie interioară, adresând întrebări şi auzind răspunsurile. Jaffe şi Bresler au dezvoltat abordări similare, dar au utilizat pe post de consilieri interiori creaturi fantastice şi comice (de exemplu, „Broasca Freddy”) şi animale.

Intervenţia 17. Animalul prietenos (tehnica consilierului interior)

Pacientul este invitat iniţial să meargă în locul său preferat (vezi intervenţia 14).

> Observă... în depărtare se vede o potecă care te invită să mergi într-acolo. La capătul acestei poteci vei vedea o lumină foarte prietenoasă, verde-albăstruie, care se mişcă încet în direcția ta... Pe măsură ce se apropie, ea se transformă într-un animal prietenos, consilierul sau terapeutul tău interior, care te poate ajuta cu orice problemă pe care o ai. Te rog, prezintă-te prietenului tău şi spune-i ce problemă ai... Prietenul tău ascultă cu atenție şi apoi îți răspunde... ascultă cu atenție, simți că este posibil să nu înțelegi complet ceea ce îți comunică în acest moment şi că întreaga semnificație a conversației poate fi apreciată mai târziu, poate în forma unui vis, mai târziu în cursul zilei de astăzi sau săptămâna viitoare... Mai devreme sau mai târziu. Şi acum spune-i la revedere prietenului tău, ştiind că te poți oricând întâlni cu el prin vizitarea locului tău preferat şi chemându-l pe nume... Îi poți împărtăşi orice griji ai avea, ştiind că te va asculta şi te va înțelege.

Această abordare a fost utilizată cu succes de Hawkins (1990) în tratamentul unei paciente bulimice (vezi capitolul 8) şi poate fi foarte utilă pentru gestionarea durerii şi luarea deciziilor.

Orientări viitoare

Multe dintre abordările pentru întărirea eului descrise mai sus conţin o orientare directă către viitor. Însă tehnica evocativă/ proiectivă de întărire a eului prin progresie de vârstă îşi are

originea în interesul arătat de Erickson pentru experimentele cu utilizarea percepţiei timpului în cursul transei, cu scopul de a-şi ajuta pacienţii să descopere şi să îşi atingă scopurile realiste (Erickson, 1954 ; Erickson, Rossi, 1989 ; Hammond, 1990a, pp. 543-545). Erickson le cerea pacienţilor aflaţi în transă profundă să vizualizeze paşii implicaţi în obţinerea scopurilor lor cu ajutorul unei serii de bile de cristal imaginare. El a ascuns natura acestor obiective faţă de pacienţii săi prin inducerea unei amnezii profunde, protejând astfel scopurile inconştiente decelate în transă pentru a nu contamina mintea conştientă (Erickson, 1996). De asemenea, a insistat ca pacienţii să fie disociaţi de mediul înconjurător în timpul transei. Însă nu se consideră esenţial ca pacientul să fie disociat sau amnezic pentru a decela soluţiile orientate spre viitor (Phillips, Frederick, 1995). Se pare că progresiile de vârstă pozitive sunt extrem de valoroase prin faptul că pot ajuta pacienţii să contracareze o parte dintre sentimentele trecute şi prezente de neajutorare. Frederick şi Phillips (1992) exprimă acest lucru în modul următor :

> Am devenit conştienţi iniţial de capacităţile de auto-alinare ale progresiilor de vârstă hipnotice în timp ce lucram cu tulburări psihosomatice ; am descoperit că progresia hipnotică de vârstă poate calma panica la pacienţii cu distres acut, permiţându-le astfel să folosească capacitatea de rezolvare a problemelor şi alte facultăţi ale eului spre avantajul lor (p. 93).

Cu toate acestea, clinicianul trebuie să se asigure de faptul că pacientul este capabil să îşi construiască scopuri viitoare pozitive, altfel orice sentimente de neajutorare şi disperare putând fi exacerbate.

În final, interesul pentru scopurile viitoare a contribuit la dezvoltarea terapiei centrate pe soluţii (DeShazer, 1985, 1988).

Intervenţia 18. Urcarea pe munte

Imaginează-ți că este o zi frumoasă, de primăvară... soarele cald străluceşte asupra ta... făcându-te să te simți confortabil şi relaxat, dar plin de entuziasm față de călătoria care se află înaintea ta. În vreme ce te priveşti în sus la vârful muntelui ştii că scopul tău este să ajungi acolo pentru a descoperi un secret personal. Imaginează-ți acum poteca, care urcă treptat pe coasta lină. La început este uşor de mers şi treci peste izvoare line de apă. Pe măsură ce urci tot mai sus... din ce în ce mai sus, poteca devine mai îngustă şi terenul mai abrupt. Odihneşte-te un moment şi simte briza răcoroasă pe piele şi prin păr. Eşti deja destul de sus pe munte, iar în jos se întinde o privelişte frumoasă... Poți vedea la câțiva kilometri depărtare în jurul tău. Ici-colo vezi câte un iepure sau câteva capre negre sau oi. Ele trăiesc în pace aici sus, împreună cu păsările şi fluturii. Pe măsură ce urci mai sus, muntele devine un pic mai abrupt şi, pe alocuri, poteca devine chiar mai îngustă. Tufişurile sălbatice mărginesc pe alocuri poteca şi florile de munte răsar pentru a te întâmpina. Poți vedea un alt munte, care pare atât de aproape încât simți că ai putea să păşeşti peste el; dar în realitate ştii că este mult prea departe. După ce urci mai sus pe munte, în final ajungi la un platou unde te opreşti pentru a te odihni. Uitându-te în josul muntelui poți vedea cât de departe ai ajuns. Ai mers drum lung în sus pe poteca de pe munte, care uneori a fost uşoară şi alteori dificilă, dar ai continuat. Şi poți continua acum până când ajungi pe vârf. Apropie-te de scopul tău. (*Terapeutul poate sugera acum că pacientul aflat în vârf se poate întâlni o persoană semnificativă din viața sa, care îi poate da răspunsul la o problemă existențială importantă.*)

Abordarea celor două oglinzi

Într-o abordare descrisă de Bandler şi Grinder (1979), pacientul este „hipnotizat" şi apoi i se cere să îşi imagineze

situaţia problematică (de exemplu, situaţia fobică) şi apoi să comute pe o imagine care înfăţişează un final favorabil al problemei. Apoi pacientul deschide ochii. Procesul este apoi repetat : „ochii închişi” – imaginarea situaţiei problematice –, „ochii deschişi” – imaginarea rezolvării favorabile a problemei. Înainte de deschiderea ochilor, sentimentele pozitive asociate cu rezultatul încununat de succes sunt ancorate, de exemplu, cerând pacientul să unească degetul mare şi arătătorul ; astfel conectăm două răspunsuri. Dacă acest lucru se realizează de mai multe ori, împreunarea degetului mare cu arătătorul va produce involuntar sentimentele bune.

Uneori, se foloseşte o abordare similară în care pacientul se imaginează în două oglinzi, una aflată în spatele său (trecutul) şi una înaintea sa (viitorul). Pacienţii se uită în oglinda din spate şi experimentează problema, apoi se întorc şi se uită în oglinda din faţa lor şi se văd fără problemă. Terapeutul oferă sugestii adecvate pentru a ajuta pacientul să îşi construiască o imagine de sine puternică în legătură cu fiecare problemă. Un exemplu este cel din studiul de caz 6, din capitolul 8.

Abordările care conectează experienţele trecute cu evenimente prezente şi viitoare sunt numite frecvent abordări de tip „linia timpului”.

Intervenţia 19. Întărirea eului direcţionată spre scop

Imaginează-ți o linie care se întinde în timp din momentul în care te-ai născut sau chiar înainte de asta spre un timp din viitor în care ți-ai încheiat viața pe acest pământ, aşa cum un râu al vieții începe ca un izvor sus în munți şi se termină ca un fluviu mare, matur, care se contopeşte cu marea, devenind una cu ea... Plasează-te undeva de-a lungul acestei linii... un loc în care te afli în acest moment în timp. Acum priveşte o oglindă (imaginară) din fața ta... Imaginează-te aşa cum ai dori să fii,

simțindu-te bine şi fericit. Vezi această reflexie... mai clară, mai strălucitoare, mai colorată şi îndreaptă-te sprea ea... Devii acea persoană. Ştii că acest lucru se întâmplă, chiar dacă nu conştientizezi asta pe deplin acum.

Abordările ericksoniene

Metaforele şi poveştile pot fi prezentate ca modalitate de a ajuta pacientul să dezvolte o mai mare stimă de sine şi o mai mare încredere prin comunicarea acestui lucru minţii sale inconştiente (Erickson, Rossi, 1979 ; Zeig, 1980 ; Lankton, 1980 ; Yapko, 1990b ; Kopp, 1995). Lankton şi Lankton (1986) definesc metafora terapeutică ca o „poveste cu însuşiri dramatice ce captează atenţia şi furnizează un cadru modificat prin care clientul poate obţine o experienţa nouă" (p. 154).

Metaforele conţin de obicei idei şi mesaje întrepătrunse, ce „deschid" posibilităţi variate de vindecare. Mulţi hipnoterapeuţi au subliniat utilizarea metaforei pentru „însămânţarea" abilităţii de realizare a scopurilor legate de abilitate şi decizie, flexibilitate, gestionarea stresului şi realizarea vindecării psihosomatice (Lankton, Lankton, 1983 ; Yapko, 1990b ; Hammond, 1990a). Poveştile care reflectă speranţa legată de vindecare şi care duc la o rezolvare favorabilă în cazul unor lupte similare cu ale pacientului pot stimula un punct de vedere mai optimist.

Unul dintre marile avantaje ale metaforei şi poveştilor este acela că ele pot fi spuse pacientului într-o manieră securizantă, care facilitează relaţionarea, aprofundează comunicarea internă şi permite individului să răspundă în mod confortabil, particular şi în propriul său ritm. Această metodă depăşeşte rezistenţa conştientă pe care o are pacientul faţă de aceste validări pozitive. Hammond (1990a) arată că metafora poate fi

folosită pentru a implementa o idee care ar putea fi ameninţătoare sau confruntativă, urmată de un „pod” asociaţional care este mai direct legat de problema pacientului şi care oferă posibilitatea rezolvării, find apoi întărită de o comunicare mai directă. Elementele din poveste pot fi accentuate indirect pentru pacient prin sugestii intercalate, structurate cu ajutorul schimbărilor din vocea terapeutului, timbrul verbal, ritmul respirator, privire sau modificări ale posturii.

Construcţia metaforelor

Poveştile sunt frecvent construite în jurul următoarelor teme : viaţa unui stejar (vezi intervenţia 20) sau a unei roşii, schimbarea anotimpurilor în cursul anului, metamorfoza unei omizi în fluture sau cursul unui râu de la izvor până la vărsarea în mare (intervenţia 21). Există bineînţeles nenumărate scenarii care pot fi folosite în munca cu pacienţii şi acestea trebuie selectate (sau realizate) funcţie de evaluarea situaţiei terapeutice. Materialul pentru metafore poate fi ales din orice sursă, dar trebuie să aibă legătură cu viaţa şi interesele pacientului. Pacientul este cel care deţine informaţiile legate de metafora care trebuie folosită. Important este modul creativ în care terapeutul foloseşte imaginile şi cuvintele adaptate intereselor, experienţelor şi aspiraţiilor pacientului, precum şi simptomatologiei subiective. Adesea este posibil să preluăm poveşti bine-cunoscute din literatură – de exemplu, *Răţuşca cea urâtă*, *Omida flămândă* (Carle, 1974), *Pescăruşul Johnathan Livingstone* (Bach, 1970) ; *Vrăjitorul din Oz* (Baum, 1990) – care sunt legate de transformările pozitive şi astfel transmit sentimente de speranţă şi optimism.

Intervenţia 20. Viaţa unui stejar

În timp ce pacientul este în transă i se spune următoarea poveste. Ea poate fi adaptată pentru a reflecta conţinutul clinic (de exemplu, vârsta pacientului, simptomatologia de prezentare etc.).

> Stai confortabil? Atunci voi începe. A fost odată ca niciodată un mic stejar... cu un trunchi foarte subțire care se mişca înainte şi înapoi în bătaia vântului... Acest mic copac a observat toți stejarii mari şi înțelepți din pădure şi şi-a dorit să fie ca ei... Poate chiar cel mai mare, cel mai înalt şi cel mai înțelept copac din întreaga pădure... Dar atunci frunzele sale frumoase şi verzi au început să îşi schimbe culoarea... în portocaliu şi brun... Apoi, treptat, una câte una, au fost smulse de vânt... Micul copac s-a simțit foarte trist şi singur... A continuat să se simtă deprimat şi singur pe timpul întregii ierni... Au venit însă ploile de primăvară şi primele raze ale soarelui, energia s-a ridicat din rădăcinile sale, spre ramuri, astfel că florile au înflorit în culori frumoase şi încă o dată bobocii mici s-au deschis devenind frunze frumoase de un verde superb... Micul copac a fost foarte fericit toată primăvara şi toată vara... Şi, apoi, încă o dată frunzele şi-au schimbat culoarea şi au fost suflate de vântul toamnei. Dar în curând micul copac a început să-şi dea seama că în timpul iernii, în timp ce simțea frigul şi tristețea fără frunzele sale, ceva se întâmpla sub pământ... Rădăcinile sale erau încă în viață... schimbându-se şi crescând, astfel că atunci când primăvara a venit din nou rădăcinile sale au putut să trimită energiile vindecătoare în sus, de la sine, în mod firesc... Aşa cum anotimpurile se schimbă din toamnă în iarnă, în primăvară, în vară... destul de imperceptibil şi la nesfârşit, micul copac a crescut ajungând cel mai mare, cel mai frumos, cel mai plin de încredere şi mai înțelept copac din întreaga pădure... rădăcinile sale înfigându-se adânc în pământ, astfel încât copacul putea sta mândru chiar şi atunci când sufla vântul cel mai puternic. Ramurile sale ajungeau sus la cer şi ofereau adăpost multor păsări şi mici animale.

Intervenţia 21. Viaţa unui râu

> În vreme ce priveşti apele liniştite şi calme ale râului, aşa cum este el în acest moment al vieții *(descrierea trebuie să fie legată de viața prezentă a pacientului, ca şi restul intervenției*) ştii că la început apa din ploile şi zăpada care au căzut pe munți şi dealuri a pătruns în pământ şi în final a ieşit la suprafață ca un izvor cristalin... plin de energie, exuberant, revărsându-se... sclipind în soare şi contemplând călătoria care se întinde înaintea lui, spre oceanul îndepărtat. Pe măsură ce curge înainte, lui i s-au alăturat alte râuri mici care se duceau în propria călătorie spre ocean... Curentul de apă a devenit tot mai larg pe măsură ce se grăbea înainte... prin munți şi păduri... clipocind jucăuş şi agitat înainte, plin de speranță şi expectanțe. Odată cu trecerea timpului, curentul de apă a încetinit şi s-a bucurat de pajiştile verzi, şi de copaci, şi de flori... Pe măsură ce se apropia de ocean a început să încetinească şi mai mult, şerpuind liniştit prin ținut... Când obstacolele îi împiedicau curgerea, a adoptat calea minimei rezistențe... curgând pe calea sa până când a ajuns la ocean şi s-a făcut una cu dânsul... Ştia că şi-a urmat destinul şi a ajuns la scopul final în vreme ce se contopea cu oceanul.

Metafore similare sugerând creşterea şi reînnoirea sunt cea a tufei de trandafiri (vezi intervenţia 40 din capitolul 6) şi ciclul grâului (Assagioli, 1965/1975, p. 216). Pe parcurs vor fi prezentate şi alte exemple de metafore terapeutice ca parte a studiilor de caz.

Abordarea în cinci paşi a lui Stanton

Stanton (1989, 1991) a prezentat o abordare în cinci paşi pentru întărirea eului, cuprinzând inducţia hipnotică,

aprofundarea transei, sugestii pozitive şi imageria. Aceşti cinci paşi sunt :

- relaxarea fizică, indusă pacientului prin solicitarea de a se concentra asupra respiraţiei pentru a dezvolta o atitudine disociată, detaşată ;
- calmul mental stimulat prin imaginarea minţii ca un iaz, a cărui suprafaţă de sticlă induce liniştea ; pacientul este încurajat să arunce în iaz pietre cu forme frumoase, reprezentând calmul, relaxarea şi încrederea, pietre care se scufundă „din ce în ce mai mult" ;
- aruncarea „gunoiului", pacientul imaginându-ţi că „îşi aruncă" temerile, grijile, îndoielile şi vina în jos pe un jgheab ;
- pacientul distruge bariera care reprezintă tot ceea ce este negativ în viaţa sa prin utilizarea imaginaţiei ;
- bucuria descoperirii unui loc special în care pacientul se simte mulţumit, umplându-şi mintea cu gânduri legate de succes şi fericire. Pacientul se gândeşte de asemenea la ziua care a trecut, la lucrurile care au mers bine, la cele care nu au mers la fel de bine. Fiecare zi este transformată în succes prin crearea unor imagini pozitive.

Folosind metoda de mai sus într-un studiu restrâns, Stanton (1991) a raportat că subiecţii au prezentat o reducere semnificativă a nivelelor de stres ca urmare a tratamentului.

Alte aspecte clinice

La începutul terapiei, pacientului trebuie să i se acorde suficient timp pentru întărirea eului, deoarece aceasta permite persoanei să dezvolte o atitudine pozitivă legată de sine însuşi în viitor. Folosesc această abordare generală la începutul şi la

sfârşitul fiecărei şedinţe de terapie. Acest proces pozitiv ajută pacientul să înlocuiască sentimentele de disperare şi nejautorare care însoţesc multe probleme legate de stres. De asemenea, ajută pacientul să gestioneze experienţele generatoare de stres prin crearea unor ancore puternice, care facilitează procesele de catharsis, prelucrare şi reevaluare. Acest aspect va fi discutat în detaliu în capitolul următor.

Odată cu abordările descrise mai sus, clinicianul trebuie de asemenea să ajute pacientul să-şi creeze un sentiment al valorii sinelui prin validarea sa ca fiinţă umană. Această acceptare stimulează creşterea stimei de sine şi a încrederii şi, atunci când are loc, pacientul devine mai relaxat şi se descurcă mai bine în rezolvarea problemelor. Putem întâlni, de exemplu, o situaţie în care pacientul pretinde că nu are resursele interioare sau nu doreşte să se angajeze în nici o explorare interioară, fiindu-i frică de ceea ce ar putea găsi acolo. În această situaţie, terapeutul trebuie să procedeze astfel: „Sunt foarte bucuros că eşti cinstit cu mine în privinţa temerilor tale. Onestitatea referitoare la convingerile tale şi la ceea ai nevoie ne va ajuta să nu pătrundem prea profund sau prea repede în zona experienţele tale interioare până când nu te simţi mai în siguranţă sau până când nu eşti pregătit să faci acest lucru" (Phillips, Frederick, 1995, p. 96).

Casete audio pentru întărirea eului

Există o serie de controverse legate de posibilitatea de a le oferi pacienţilor casete audio. Din punctul meu de vedere, nu este nici un rău în a face o înregistrare audio pentru pacient, eventual chiar o înregistare a şedinţei sale de hipnoză, referitoare la aspecte pozitive cum sunt relaxarea, întărirea eului şi

stabilirea scopurilor. Aceasta poate fi o modalitate foarte bună de a ajuta pacientul să facă faţă stresului. Ascultând zilnic caseta, pacientul reîntăreşte şi consolidează eului, continuând procesul din şedinţa de terapie. Wolberg (1980) enumeră următoarele avantaje ale utilizării „casetelor suportive" :

- caseta este dovada materială a faptului că se face ceva concret şi tangibil pentru pacient ;
- relaţia cu terapeutul este intensificată ;
- se menţine pârghia terapeutică şi între şedinţele de terapie ;
- tensiunile şi anxietăţile sunt ameliorate prin relaxare şi sugestiile securizante ;
- este încurajată o imagine de sine mai pozitivă prin sugestii benefice persuasive, care le neutralizează pe cele negative ce îl preocupă pe pacient în mod obişnuit ;
- finalizarea terapiei este realizată mai uşor pentru că anxietatea de separare se reduce ;
- după terapie, pacientul dispune de o resursă pe care o poate folosi oricând are nevoie ;
- sugestiile suportive şi reeducative ajută în abordările hipnoanalitice.

Wolberg susţine că în decursul unei perioade de 15 ani nu a întâlnit nici un pacient care să devină dependent de înregistrările audio sau la care dependenţa să crească. Însă trebuie să recunosc că un fost pacient de-al meu mi-a telefonat recent pentru a-mi cere o altă casetă, deoarece cea veche era uzată. Documentându-mă în legătură cu cazul, am aflat că îi dădusem caseta cu aproximativ 15 ani în urmă ! Helen Watkins oferă casete pentru întărirea eului cu scopul de a-şi ajuta pacienţii să îşi crească stima de sine (1990a).

O reflecţie speologică

Cum odată am fost speolog şi geolog ştiu cât este important să te pregăteşti temeinic înainte de a coborî într-o peşteră. În primul rând, este esenţial să aduni cât mai multe informaţii despre peşteră – intrările şi ieşirile, tunelele şi cursurile de apă –, dar întotdeauna trebuie să ţii cont de faptul că multe peşteri nu sunt bine cartografiate. În acest context, este indicat să intri în peşteră cu cineva care are mai multă experienţă. În al doilea rând, speologii au nevoie de o pregătire de bază, nu numai în ceea ce priveşte peşterile, ci şi domeniul tehnicilor de supravieţuire. În al treilea rând, speologul are nevoie de îmbrăcăminte şi echipament adecvate, precum lanterna, pentru a-i lumina calea. Şi nu în ultimul rând, este util să fii conectat cu suprafaţa prin intermediul unei frânghii sau cel puţin a unei modalităţi de comunicare – pentru cazul în care se întâmplă ceva neaşteptat.

Capitolul 5

Abordările hipnoanalitice

Mergând prin munţi, doi călugări au ajuns la un râu umflat de ploile torenţiale. Podul fusese luat de ape şi singura cale de trecere pe cealaltă parte era prin vadul apei adânci şi repezi. O tânără trebuia să treacă de cealaltă parte a râului pentru a-şi vizita mama bolnavă, dar îi era teamă să treacă singură. Un călugăr s-a oferit s-o treacă apa ducând-o în spate şi fata a fost imediat de acord. Deşi trecerea apei a fost primejdioasă, au ajuns cu bine pe malul celălalt. Când au ajuns pe cealaltă parte a râului, tânăra a plecat pe drumul ei şi cei doi călugări şi-au continuat călătoria în tăcere. Mai târziu în cursul zilei, călugărul care îl urmărise pe tovarăşul lui de drum trecând-o pe tânără de partea cealaltă a râului a spus că nu era permis ca un călugăr să aibă de-a face cu femeile şi că tovarăşul său a avut un comportament nepotrivit şi dorea să ştie de ce făcuse asta. Călugărul a răspuns că el a lăsat-o pe tânără pe malul râului în cursul dimineţii şi se întreabă de ce tovarăşul lui se mai gândea încă la ea!

Psihoterapia psihodinamică

Abordările hipnoanalitice au la bază psihoterapia psihodinamică. Aceasta se referă la sistemele de înţelegere, explicare şi practică bazate pe principiile generale ale teoriei psihanalitice,

iar terapia este adesea de scurtă durată şi limitată în timp (Wolberg, 1980 ; Strupp, Binder, 1984 ; Budman, Gurman, 1988). Scopul acestui tip de terapie este să descopere şi să clarifice originile simptomatologiei, legând prezentul de trecut şi comportamentul de motivaţie. Psihopatologia este înţeleasă ca produs al reprimării şi disocierii, iar terapia are sarcina de a descoperi dinamica reprimată şi de a permite pacientului să dobândească *insight*-ul asupra evenimentelor formatoare (cauzale), aşa cum au fost ele trăite la nivel psihologic, afectiv şi cognitiv. Vezi Holmes *et al.* (2005), disponibil online la www.sciencedirect.com, pentru o discuţie cuprinzătoare de dată recentă asupra disocierii şi implicaţiilor sale în practica clinică.

Perspectivele psihoanalitice se referă mai ales la principiile tehnicilor freudiene şi terapia este în general de lungă durată. Trebuie notat aici că dovezile prezentate de Freud pentru teoriile sale se bazează mai degrabă pe presupuneri teoretice, decât pe studii de caz clinice. Însă mai aproape de vremurile noastre, domeniul neuropsihanalizei a câştigat teren (Solms, 2004). Solms prezintă un argument controversat care spune că dezvoltarea recentă a neurologiei permite înţelegerea ştiinţifică a principiilor de bază din practica psihodinamică. Într-adevăr, neuroştiinţele contemporane ne pot oferi multe indicii în direcţia înţelegerii stresului şi funcţionării creierului, precum şi a implicaţiilor acestora în tratamentele care integrează psihoterapia, psihiatria şi medicina (Damasio, 1994 ; Solms, 2004 ; Panksepp, 2004).

Mulţi terapeuţi se angajează în terapii dinamice scurte, influenţate considerabil de dezvoltarea abordărilor umaniste, fenomenologice, tranzacţionale şi comportamentale (de exemplu, Alexander, French, 1946 ; Malan, 1963 ; Balint, 1968 ; Davanloo, 1978, 1980 ; Sifneos, 1979). Cu toate acestea,

multe dintre aceste terapii sunt foarte apropiate, în termeni de presupuneri centrale, de teoria propusă de Breuer şi Freud (1895/1955), aşa cum am amintit în capitolul 2. Printre cele mai importante concepte dinamice se numără :

- influenţa trecutului persoanei asupra funcţionării sale actuale ;
- importanţa minţii inconştiente în determinarea felului în care persoana funcţionează din punct de vedere psihosomatic ;
- reprimarea „experienţelor" traumatice ;
- somatizarea (conversia isterică) a emoţiilor negative reprimate ;
- dinamica inconştientă ;
- rezistenţa ;
- dezvoltarea unor mecanisme de apărare ale eului şi a altor strategii de *coping* care au de-a face cu „dinamica" reprimată.

Practica psihoterapiei psihodinamice scurte s-a dezvoltat rapid în ultimele decenii. Numeroasele abordări dezvoltate încă pot fi numite dinamice, deşi tehnicile utilizate provin din mai multe sisteme teoretice. Terapeuţii orientaţi spre psihoterapia dinamică scurtă sunt adesea pragmatici, eclectici şi integrativi atât în ceea ce priveşte metoda, cât şi tehnica. În general, terapeuţii psihodinamici acordă atenţie tuturor domeniilor funcţionării umane – cognitiv, comportamental şi afectiv –, precum şi dimensiunilor interpretării interacţiunilor umane (Levenson, Butler, 1994 ; Hawkins, 1997a).

Abordarea psihodinamică încurajează pacientul să „găsească" originea conflictului sau a problemei. *Insight*-ul asupra unui eveniment sau experienţă traumatică face adesea pacientul să trăiască sentimentele de distres asociate, cum sunt tristeţea,

furia, vina etc., chiar atunci când au fost utilizate tehnici adecvate (de exemplu, întărirea eului). Trebuie subliniat că asemenea abreacţii indică reasocierea şi eliberarea aspectelor afective, cognitive, vizuale şi senzoriale din experienţele trecute sau prezente. Terapeutul poate încuraja pacientul să îşi exprime sentimentele fie la nivel motor (Nichols, Zax, 1977 ; Pierce, Nichols, DuBrin, 1983 ; Hawkins, 1995), fie la nivel cognitiv, ca „abreacţie silenţioasă", o abordare folosită frecvent în hipnoanaliză (H. Watkins, 1990b). Abreacţia poate apărea în relaţie cu o experienţă legată de emoţii, fie din trecut, din prezent sau o experienţă imaginară legată de viitor. Pacienţii şi adesea şi clinicienii sunt surprinşi şi uneori stresaţi de aceste semne de excitaţie, deoarece ele sunt d asociate cu distresul şi disconfortul. Numeroşi clinicieni consideră că abreacţia stimulează progresul rapid al terapiei (Hammond, 1990a), în timp ce alţii o privesc ca pe un mijloc de asigurare a descărcării pacientului şi de rezolvare a simptomelor isterice şi psihogene legate de un eveniment traumatic (Watkins, 1992). Rossi (1990) a lansat ipoteza că fazele de excitaţie şi relaxare ale psihoterapiei catharctice sunt legate în timp de eliberarea hormonului corticotropic adrenal (ACTH) şi de endorfine, pe perioade de 20-30 de minute.

Hipnoanaliza

În hipnoanaliză, clinicianul foloseşte hipnoza pentru a ajuta pacienţii să descopere originile problemelor lor în inconştient şi să gestioneze consecinţele comportamentale, emoţionale, cognitive şi somatice ale acestora. Pentru facilitarea acestui proces au fost dezvoltate o serie de abordări. Însă înainte de explorarea acestora trebuie luate în considerare aspecte ale

gestionării catharsisului, deoarece acesta apare adesea atunci când ne angajăm în hipnoanaliză şi este important ca terapeuţii să aprecieze semnificaţia sa.

Catharsisul

Atunci când pacienţii accesează şi experimentează stări dureroase, apar grade variate de catharsis, care pot implica emoţiile, imageria, intuiţia şi senzaţiile în modalităţi greu de verbalizat. De fapt, aşa cum s-a discutat anterior, procesul poate fi înţeles ca un factor curativ important, comun tuturor abordărilor terapeutice. Terapeutul observă că pacientul prezintă semne exterioare de catharsis emoţional, şi anume tremur, transpiraţie, lacrimi, respiraţie rapidă sau superficială etc. Atunci când se întâmplă acest lucru, terapeutul poate încuraja pacientul să îşi ventileze dinamic sentimentele, de exemplu, prin lovirea unei perne. Dacă clinicianul are o pregătire adecvată poate, de asemenea, să folosească tehnici din abordările orientate emoţional, cum sunt terapia Gestalt (Perls, 1969), bioenergetica (Lowen, 1975), psihodrama (Moreno, 1946) şi terapia primală (Janov, 1973).

Uneori, în timpul unei experienţe regresive spontane şi intense, pacientul poate pierde temporar contactul cu mediul înconjurător, precum şi capacitatea de a comunica verbal. Aceasta se poate datora faptului că pacientul a intrat într-o stare de retrăire (Kroger, 1977), o regresie deplină, cu retrăirea efectivă a experienţelor anterioare. Terapeutul trebuie să încerce să evite această situaţie, deoarece nu se obţine nimic prin retrăirea unei experienţe traumatice. În general, dacă pacientul a fost pregătit corespunzător în primele stadii ale terapiei – de exemplu, o întărire a eului concordantă, regresia progresivă structurată, stabilirea ancorelor pozitive, precum şi dezvoltarea

unei bune relaţii terapeutice –, atunci probabilitatea abreacţiei spontane este minimalizată. Dacă pacientul aude vocea terapeutului şi este atins în scop securizant, îşi va aminti că se află în cabinet. În mod paradoxal, prin utilizarea acestor abordări pozitive, pacientul este de asemenea încurajat să exploreze tensiunile dialectice, de exemplu experienţele negative, sentimentele de stimă de sine scăzută şi aşa mai departe.

Dacă apar regresia spontană şi abreacţia, terapeutul trebuie să fie pregătit corespunzător şi să aibă încredere că poate gestiona situaţia. În aceste cazuri, cea mai bună politică este aceea de a încuraja pacientul să rămână în cadrul experienţei sale, în timp ce i se oferă suport şi indicaţii legate de timpul prezent. Sarcina cea mai importantă a terapeutului este accea de a ajuta pacientul să îşi exprime sentimentele cât de deplin posibil într-un fel care conduce la *insight*, eliberarea intenţionalităţii şi schimbare comportamentală. În general, terapeutul îşi atinge scopul prin :

- un efort terapeutic susţinut împotriva mecanismelor de apărare, pe măsură ce se desfăşoară exprimarea emoţională ;
- un contact intim cu pacientul ;
- alegerea metodelor adecvate ;
- absenţa fricii sau afectării în cazul sentimentelor puternice.

Intervenţia 22. Încurajarea catharsisului

> Aşa este bine... lasă acele sentimente să plutească... lasă toate aceste sentimente să iasă, ca un curent de apă care țâşneşte din munte... Aşa este bine... continuă pe măsură ce respiri profund din tot corpul... Cu fiecare expirație, laşi acele sentimente neexprimate să se adune la suprafață şi să iasă, să se dizolve în aer. Dacă este posibil poți transpune în acțiune acele sentimente, lăsând corpul tău să se mişte firesc... Aşa este

bine, lasă mişcările naturale să apară... Încearcă să însoțeşti mişcările cu cuvinte... lasa toate acele sentimente profunde să iasă, astfel încât să poți învăța din aceste experiențe şi să nu te mai deranjeze de acum înainte. Vei fi surprins să constați că poți găsi învățăturile inconştiente din retrăirea emoțională şi somatică a acestor experiențe... Te vei întreba cum şi când vei şti aceste lucruri. Va fi acum sau mai târziu, conştient sau inconştient, sau într-un vis mai târziu în seara aceasta, sau înainte, sau după acest sfârşit de săptămână?

Watkins (1995) scrie :

Presupunem că atunci când un pacient este copleşit de materialul eliberat se acordă prea puţină atenţie următoarelor aspecte : întărirea eului, pregătirea terapeutului ; experienţa acestor situaţii cu pacienţii ; şedinţe de urmărire cu interpretare şi reintegrare, pentru a „desprinde” învăţăturile trecute cu potenţial distructiv ; repetarea experienţei abreactive până când emoţia dureroasă a fost eliberată şi cedează, deoarece terapeutul a încercat doar să iniţieze experienţa mai degrabă decât să o împărtăşească într-adevăr cu pacientul. (Prin „co-experienţă” sau „rezonanţă” înţelegem că terapeutul nu observă pur şi simplu durerea evidentă a pacientului, ci mai degrabă că terapeutul trăieşte cu adevărat experienţa durerii, fricii sau ororii împreună cu pacientul, chiar dacă la un nivel mai scăzut. Atunci când această „co-experienţă” este esenţa experienţei abreactive, pacientul nu se simte singur şi poate gestiona în general o confruntare mult mai puternică.)
Vor exista totuşi momente în care este bine să atenuăm şi să împiedicăm abreacţia. Acestea sunt situaţiile în care clinicianul trebuie să folosească abordarea eliberării lente (sau „arderii lente”), descrisă de Kluft (1988), sau „abreacţia silenţioasă” (H. Watkins, 1980, 1990b). Acestea au loc atunci când sinele terapeutic al clinicianului nu simte că „noi” (pacientul şi clinicanul) putem tolera efectul dur care ne aşteptăm să fie eliberat (p. 6).

Ca alternativă la catharsisul expresiv motric se pot utiliza metode de abreacţie silenţioase. În aceste abordări, terapeutul sugerează, de exemplu, că pacientul îşi imaginează că este furios pe protagonist. Alternativ, pot fi folosite abordările „metaforice" şi imageria ghidată ; de exemplu, pacientul este rugat să îşi imagineze că loveşte o piatră mare cu un băţ pentru a-şi elibera calea (asa cum este ilustrat în intervenţia 23). În imaginarea acestei scene, i se poate sugera pacientului că „piatra se transformă într-o persoană". În vreme ce pacientul continuă să lovească „persoana", are o abreacţie „silenţioasă" specifică oricărei furii reprimate şi mâniei direcţionate spre acea persoană – o acţiune care este frecvent profund de-stresantă.

O altă abordare prin abreacţie silenţioasă (distanţare) este aceea prin care pacientului i se cere să se privesască pe sine sau pe altcineva, angajându-se în experienţa abreactivă pe un ecran de televizor. Am avut ocazia să folosesc această abordare atunci când un pacient a devenit violent, s-a înfuriat şi probabil s-ar fi rănit pe el însuşi sau alţi membri ai grupului. Asemenea tehnici de abreacţie silenţioasă sunt utile pentru gestionarea furiei şi mâniei (H. Watkins, 1980, 1990b). Dacă nu se poate obţine rezlvarea într-o singură şedinţă de terapie atunci i se poate cere pacientului să îşi imagineze că experienţa se află pe o casetă video, care este oprită şi va fi continuată în următoarea şedinţă.

Intervenţia 23. Imageria ghidată pentru catharsis

Continui să urmezi poteca de-a lungul râului vieții, începând din munți şi terminând acolo unde râul întâlneşte şi fuzionează imperceptibil cu oceanul universal... Ajungi într-un loc în care poteca ta este blocată de o stâncă imensă căzută acolo, făcându-ți trecerea imposibilă... Nu există nici o modalitate prin

care să o poți ocoli sau escalada şi singura posibilitate să înaintezi ar fi să mişti stânca... Dar ea este mare şi grea. Din fericire, observi un băț lângă tine şi îți vine ideea de a lovi stânca cu acest băț, până când aceasta se sparge în bucăți mici... Ridici bățul şi începi să loveşti stânca, fiind atent la ceea ce simți în timp ce faci asta... observând orice imagine... gând... senzație... pe care le trăişti... etc.

Intervenţia 24. Gestionarea catharsisului

Continui să trăieşti acele sentimente pe care le-ai avut în trecut, dar ştii că nu este ceva real... că totul s-a întâmplat cu mult timp în urmă... deşi, în final, poți învăța din aceste experiențe... ştiind că eu sunt aici cu tine, în această încăpere din cabinet în (*data*)... şi că ai putea la fel de bine să te urmăreşti şi să te auzi pe un ecran de televizor pe măsură ce începi să te simți mai confortabil şi relaxat doar prin observarea acestei experiențe... Ştii că te poți întoarce la ea oricând pe parcursul vieții pentru a învăța şi mai mult în viitor, când este mai potrivit pentru tine, şi poți folosi această experiență într-o manieră mai eficientă... Eşti conştient de sunetul vocii mele şi de atingerea mea pe umărul tău. Continui să respiri fără efort, inspiri şi expiri, data viitoare când inspiri ai putea lăsa ca ochii să se deschidă.. Eşti perfect conştient de locul în care te afli... de momentul zilei... de ceea ce este bun în viața ta acum... ce vârstă ai... etc.

Încurajarea de către terapeut a abreacţiei motrice sau silenţioase la un anumit moment din terapie este o chestiune de stil terapeutic, cadru teoretic, pregătire, experienţă şi adecvare contextuală.

Pacienţii au nevoie frecvent să continue trecerea în revistă sau prelucrarea experienţelor formative pe parcursul mai multor şedinţe de terapie. O asemenea prelucrare catharctică include atât descoperirea catharctică, cât şi încurajarea schimbării comportamentale şi munca orientată spre scop. Este important

să întrebăm mintea inconştientă a pacientului dacă mai sunt şi alte experienţe pe care este nevoie să le cunoască înainte de a putea păşi spre viitor fără nici o problemă. În orice caz, este important ca terapeutul să sprijine această accesare interioară, astfel încât pacienţii să nu termine prematur procesul înainte de a exista şansa de rezolvare a problemei şi a simptomelor.

Rossi (1995b) sugerează folosirea „întrebării de accesare bazală" pentru a facilita un locus al controlului securizant în timpul fazei de stimulare a pacientului. Autorul dă următoarele exemple de întrebări (p. 9) :

- Eşti în stare să continui încă câteva momente în maniera ta – doar suficient de mult timp pentru a trăi ceea ce conduce la următoarea experienţă ?
- Bine, poţi rămâne în starea aceasta suficient timp pentru a descoperi despre ce este vorba ?
- Poţi să continui să trăieşti pentru tine acest lucru un timp, indiferent cât de dificil îţi este, astfel încât să poţi afla de ce ai nevoie pentru vindecare (rezolvarea de probleme sau altceva) ?
- Vrei să păstrezi secretă cea mai mare parte şi să nu trebuiască să o împărtăşeşti cu nimeni ?

Rossi crede că pacienţii au învăţat să îşi închidă ritmul natural ultradian al procesului de rezolvare a problemelor până în punctul când au nevoie de terapeut pentru a-i ajuta să reînveţe cum să experimenteze tensiunea normală sau excitaţia nervoasă simpatică pentru rezolvarea problemelor zilnice. Următoarele întrebări de recadrare terapeutică pot facilita reînvăţarea (p. 9) :

- Da, respiraţia de acest fel adesea înseamnă că mintea şi corpul tău se pregătesc să gestioneze chestiuni importante.

Poţi permite ca acest lucru să continue încă câteva momente până când îţi dai seama despre ce este vorba?

- Poţi să te bucuri de experienţa ta energetică (transpiraţie, tremur, nervozitate, confuzie, nesiguranţă sau orice altceva) care apare câteva momente ca semn că eşti pe cale să gestionezi orice problemă?
- Te-ai lăsat vreodată să tremuri serios (sau orice altceva) astfel încât să te poţi cu adevărat reorganiza?

Regresia de vârstă

În afară de abilitatea de gestionare a catharsisului, terapeuţii trebuie să fie capabili să gestioneze corespunzător regresia. Regresia de vârstă va apărea probabil atunci când folosim abordările hipnoanalitice, aceasta fiind esenţa multor abordări clinice. Experienţele care au fost reprimate din copilărie sau chiar dinainte de aceasta pot deveni accesibile prin transă şi pot conţine o imagerie bogată, care nu este de obicei asociată cu starea de veghe (Phillips, Frederick, 1995). Este important să ne asigurăm că pacientul poate gestiona amintirile recuperate şi să acordăm atenţie altor aspecte în afara acestor experienţe puternice şi adesea dureroase. Pentru a ajuta pacientul în menţinerea unui grad corespunzător de disociere, clinicianul poate da următoarele sugestii:

> Oriunde te afli acum şi orice trăieşti, este important să ştii că există adultul din tine, care poate auzi vocea mea şi poate răspunde la ceea ce spun. Rog acea parte din tine să îmi dea un semnal arătând că este prezentă acolo... Bine. Acum mintea ta inconştientă ți-a pus la dispoziție o experiență puternică şi cu siguranță doreşti să o explorezi într-un fel care să te satisfacă la momentul potrivit, fiindu-ți utilă. Deoarece scopul nostru astăzi este acela de a accesa experiențele pozitive, voi ruga

mintea ta inconştientă să folosească resursele sale creative pentru a imagina un loc sau un recipient securizant în care să poată fi stocate toate aceste experiențe până în momentul în care vom decide că este gata să le deschidă. Rog partea ta adultă să se asigure că acest lucru se întâmplă şi atunci când procesul este complet semnalizează-mi prin mişcarea unui deget sau dând din cap (Phillips, Frederick, 1995, p. 59).

Chiar dacă mintea ta conştientă nu ştie ce se întâmplă, inconştientul tău te poate ajuta să găseşti sursa stresului tău actual şi a simptomelor tale... Aşa este bine, poți avea chiar acum curajul de a continua să accesezi toate aceste sentimente de distres, care spun povestea reală a simptomelor tale supărătoare... Aşa este bine... O parte din tine simte deplin distresul, iar cealaltă parte a ta poate privi confortabil şi calm de pe margine, astfel încât să poți face evaluare exactă a sursei problemelor tale... Atunci când mintea ta inconştientă ştie că poate continua efortul de vindecare de una singură, oricând este pe deplin potrivit [*pauză*] şi când mintea ta conştientă ştie că poate coopera, ajutându-te să recunoşti acele momente din cursul zilei în care este bine să iei o pauză [*pauză*], vei reveni la starea de veghe simțindu-te vioi, împrospătat şi conştient de înțelesul acestei experiențe de aici şi acum? (Rossi, 2002, p. 87)

Abordări ideodinamice în hipnoanaliză şi gestionarea stresului

Întotdeauna a fost un mister faptul că mintea poate semnaliza răspunsuri aflate aparent în afara controlului minţii conştiente. Abordările pentru vindecare care au utilizat acest fenomen sunt vechi din punct de vedere istoric şi au inclus viziunile, „vorbirea în diverse limbi”, scrierea spiritistă, ritualurile mistice şi dansul. Mai recent, lucrările lui Chevreul au constituit baza cercetărilor clinice ale lui Braid şi Bernheim, care au recunoscut

faptul că natura esenţială a transei şi sugestiei putea fi explicată în termeni de acţiuni ideomotorii şi ideosenzoriale (Weitzenhoffer, 1957). Deşi mişcările ideomotorii au fost intens investigate datorită importanţei lor în teoriile comportamentale de bază ale hipnozei, semnalizarea ideomotorie în context clinic este relativ recentă (LeCron, 1954).

Teoriile dinamice ale psihoterapiei argumenteză că există de obicei o amnezie privind sursa problemelor psihologicce şi a nevrozelor şi ca urmare este necesar *insight*-ul în această dinamică reprimată. Semnalizarea ideomotorie poate fi utilizată ca procedură pentru descoperirea materialului inconştient într-un timp mult mai scurt decât în abordările psihanalitice tradiţionale. Este de asemenea o abordare excelentă care poate fi introdusă încă de timpuriu în procesul terapeutic pentru că în mod literal „plasează controlul” în mâinile pacientului.

Scopurile principale ale acestei forme de explorare şi terapie combinată sunt următoarele :

- revelarea factorilor de rezistenţă inconştientă încă de la începutul tratamentului ;
- implicarea pacienţiilor în calitate de colaboratori activi în procesul terapeutic ;
- diminuarea probabilităţii de a forţa pacientul să retrăiască experienţele traumatice care reîntăresc tiparele originale de comportament maladaptativ. Un punct de vedere distant într-o regresie parţială utilizând cunoştinţele adulte ale pacientului, perspectivele sale şi înţelegerea matură oferă circumstanţele optime pentru o terapie productivă şi rapidă.
- folosirea unei abordări retrograde, mergând înapoi pe segmente de timp, reprezentând cea mai bună alternativă pentru începătorii în hipnoanaliză, evitând probabilitatea de abreacţie care ar putea produce necazuri ;

- diminuarea riscului de abreacţie, care poate fi realizată de către terapeut înaintea căutării, astfel ca pacientul să nu fie nevoit să retrăiască un eveniment tulburător şi să poată să privească evenimentul ca şi cum i s-ar fi întâmplat altcuiva ;
- obţinerea permisiunii inconştientului înainte ca pacientul să încerce să raporteze la nivel verbal o experienţă foarte stresantă. Problemele pot fi adesea abordate la un nivel sub-verbal de conştienţă fără a exista nevoia de recunoaştere conştientă sau comunicare verbală. Pacientul este cel mai în măsură să decidă în această privinţă.

Semnalizarea ideodinamică

Semnalizarea ideodinamică este o abordare prin utilizare, utilă în mod special pentru descoperirea evenimentelor traumatice reprimate, precum şi a sentimentelor asociate cu distresul, care sunt legate de problemele psihologice şi psihosomatice actuale (Cheek, LeCron, 1968 ; Erickson, Rossi, 1979 ; Rossi, Cheek, 1988 ; Hawkins, 1994c, 1997a ; Rossi, 1995a, 1996). Prin utilizarea abordărilor ideodinamice, terapeutul în colaborare cu pacientul poate „controla" nivelul de disociere şi în consecinţă gradul de distanţare emoţională şi catharsis asociat. În acest fel „procesul catharctic" poate fi gestionat foarte eficient. Semnalizarea ideodinamică cu degetul produce un acces rapid la informaţia legată de stare, care poate să nu fie disponibilă pacientului la nivel verbal conştient de funcţionare şi, ca urmare, permite pacienţilor să recadreze problemele lor inconştiente şi psihosomatice. Rossi şi Cheek (1988) consideră că : „abordările ideodinamice par să fie cele mai potrivite pentru accesarea rapidă şi recadrarea codării psihologice a problemelor traumatice şi legate de stres, mai ales atunci când

ele sunt deja pe cale să fie reactivate din cauza stresului actual" (p. 382).

Deoarece terapeutul şi pacientul pot gestiona terapeutic nivelele de disociere şi distanţare emoţională în mod colaborativ, posibilitatea reacţiilor iatrogene este minimalizată considerabil. De asemenea este ştiut faptul că trecerea în revistă repetitivă, recursivă şi secvenţială a experienţei originale este adesea necesară pentru a trece de amnezia traumatică (Scheff, 1979). Rossi şi Cheek (1988) sugerează că:

> Abordările permisive, exploratorii şi ideodinamice în hipnoza terapeutică, introduse de Milton Erickson, elimină tipul de presiune emoţională care încurajează fabricaţiile pacientului (p. 12)... inducţia şi menţinerea transei servesc asigurării unei stări psihologice speciale în care pacienţii pot reasocia şi reorganiza complexitatea lor psihologică internă şi pot utiliza propriile capacităţi într-o manieră concordantă cu propria lor viaţă experienţială (p. 14).

Cu toate acestea, terapeuţii trebuie să fie în mod constant vigilenţi în ceea ce priveşte validitatea informaţiei accesate prin semnalizarea ideodinamică. Rossi şi Cheek sugerează că există o secvenţă în trei stadii implicată în reamintirea validă a materialului. Ei argumentează că înainte de ridicarea degetului apar modificări ale respiraţiei, frecvenţei pulsului şi reacţiilor emoţionale care demonstrează o orientare internă asupra momentului unei experienţe importante. Semnalele ideodinamice apar de obicei la numai câteva secunde după apariţia acestei amintiri fiziologice. Raportarea verbală a experienţei poate urma (dacă este posibil) acestor indicatori fiziologici şi ideodinamici ai accesării interne a materialului semnificativ.

Un cadru de bază în folosirea metodelor de semnalizare ideodinamică cu ajutorul degetului pentru rezolvarea problemelor psihologice şi psihodinamice este cel prezentat mai

jos (figurile 5.1-5.3) împreună cu indicarea unor probleme potenţiale. Terapeuţilor li se reaminteşte constant că acesta este numai un ghid pentru intervenţiile posibile şi că trebuie să adapteze sugestiile în mod creativ, pentru a satisface cerinţele pacienţilor, precum şi pe ale lor înşile. Cheek rezumă foarte bine abordările ideodinamice în următoarea afirmaţie : „Este realizată cel mai bine într-o atmosferă dechisă şi suportivă, cu expectanţe terapeutice pozitive, şi angajează curiozitatea şi întrebările atât pentru terapeut, cât şi pentru pacient” (Rossi, Cheek, 1988, p. 21).

Abordarea recomandată aici este una care a fost „încercată şi testată” de autor pe numeroşi pacienţi timp de mai mulţi ani, având un succes considerabil. Pe parcursul capitolelor următoare sunt furnizate studii de caz care ilustrează această abordare. Trebuie notat că abordarea sugerată aici diferă în unele aspecte de modelul prezentat de Rossi şi Cheek. De exemplu, nu se fac eforturi pentru a obţine semnale la aceeaşi mână, deşi unii terapeuţi (Braun, 1984 ; Putman, 1989) susţin această strategie.

Pentru ca pacienţii să se angajeze în aceste procese ideodinamice, ei trebuie să îşi concentreze atenţia asupra modalităţilor inductoare de transă şi în consecinţă nu mai este necesară nici o altă inducţie. Pentru aceia pentru care sunt utilizate întâi inducţii formale de transă, semnalizarea ideomotorie şi cea ideosenzorială sunt căi excelente de adâncire a transei hipnotice, astfel încât pacientul să se simtă în siguranţă şi deţinând controlul.

Stabilirea semnalelor degetului

Semnalele ideodinamice „da” pot fi stabilite în contextul întăririi eului (intervenţia 26), deşi pacientului poate să i se ceară pur şi simplu să spună cuvântul „da”.

Age
Marital status
Lifestyle issues
Available social support
Nature of problem
Brief history of problem
Focus for therapy
Modulation of symptoms
Previous/current treatment
Use of alcohol, drugs
Experience of hypnosis.

History taking
Rapport building
Therapeutic focus
Ego-strengthening
Teach patient self hypnosis

Difficulties in building rapport – examine values, projection, transference, interpersonal dynamics. Problem may not be easy to define; the therapist and patient must define the problem consensually and collaboratively.

Ego-strengthening (homework)

Patient is asked to find a past success experience, e.g. an achievement. In hypnosis this positive event is visualised and the experience 'anchored'.

Ego-strengthening to increase Hope, Optimism, Confidence and Perceived Control

Patient may require some help in this task. It is important to help the patient to recognise that he or she has overcome many problems in the past, and has had many positive learning experiences, as well as inner-healing resources. Ego-strengthening alone can lead to significant improvements in symptomatology.

'When your unconscious mind knows that it has the inner resources and is willing to help in resolving the problem, will one of your fingers lift or a hand float?'

Establishment of 'yes' ideodynamic finger signal

N.B. True unconscious signals are always repetitive and often barely visible. Problems with resistance often occur, e.g. no signals or multiple signals, which may reflect an inability to say 'no'. Often, ideosensory signals can be used.

Patients are asked to imagine watching a video of themselves (or another person, fictional or real, with a similar problem). Establish an optimal prognosis.

Review of chosen therapeutic focus

'When your unconscious mind knows that it can say no to your problem, will your 'no' finger lift or your other hand float?'

Establishment of 'no' ideodynamic finger signal

For some patients it may be necessary to provide 'postural suggestion training'.

Ideodynamic questioning

Figura 5.1. Iniţierea abordării ideodinamice

'Is there an event or group of events in your life that is responsible for your problems?'

Ideodynamic questioning

LeCron developed a useful retrospective approach regressing the patient to earlier experiences for exploring the traumatic source of problems.
Ask the patient whether the experience occurred before he or she was 20 years old; 10 years old; 5 years old…

↓

'Allow your unconscious mind to find those experiences, and when it has found them your 'yes' finger (or hand) will lift. It may be appropriate for your unconscious mind to know what is happening at the same time as your finger lifts'.

Unconscious mind requested to access important, formative experience

A progressive chronological approach can also be used. Ask the unconscious to go back to a time before the event occurred. Then advance progressively until the patient indicates with an ideodynamic response that the event has been accessed, and can experience what is happening.

↓

'Now review the event and when the review is finished, your 'no' finger (or hand) may lift. If appropriate, you may know consciously what is happening, and you will be able to tell me about it either now or later, if it is all right for me to know'.

Unconscious mind requested to review accessed experience

Whatever approach is used, allow time for emotional catharsis and/or spontaneous insights. Facilitate therapeutic reframing where necessary.

Different levels of dissociation can be obtained; when the patient 'knows' what the traumatic event is, he or she can review the experience as if 'watching a film'.

This cycle, i.e. access and review, is then repeated until no further experiences are necessary.

↓

'Is there any other experience you need to know about in order to resolve your problem?'

Check whether patient is now ready and willing to be without the problem

Alternatively, the patient can 'rewrite' his or her history by creating an idealised experience or by allowing the 'caring ego state' to help out.

Figura 5.2. Accesarea şi trecerea în revistă ideodinamică

Intervenţia 25. Stabilirea degetului „da”

Continuă să îți spui cuvântul „da”, simți acest „da” în corpul tău şi îl gândeşti şi ți-l imaginezi pe „da” în mintea ta... Atunci când

mintea ta inconştientă poate identifica care este degetul „da”... lasă ca orice schimbări din mâna ta să apară în mod natural şi observă că poți lăsa ca această senzație să se dezvolte într-unul din degetele tale şi să se transforme într-o mişcare... etc.

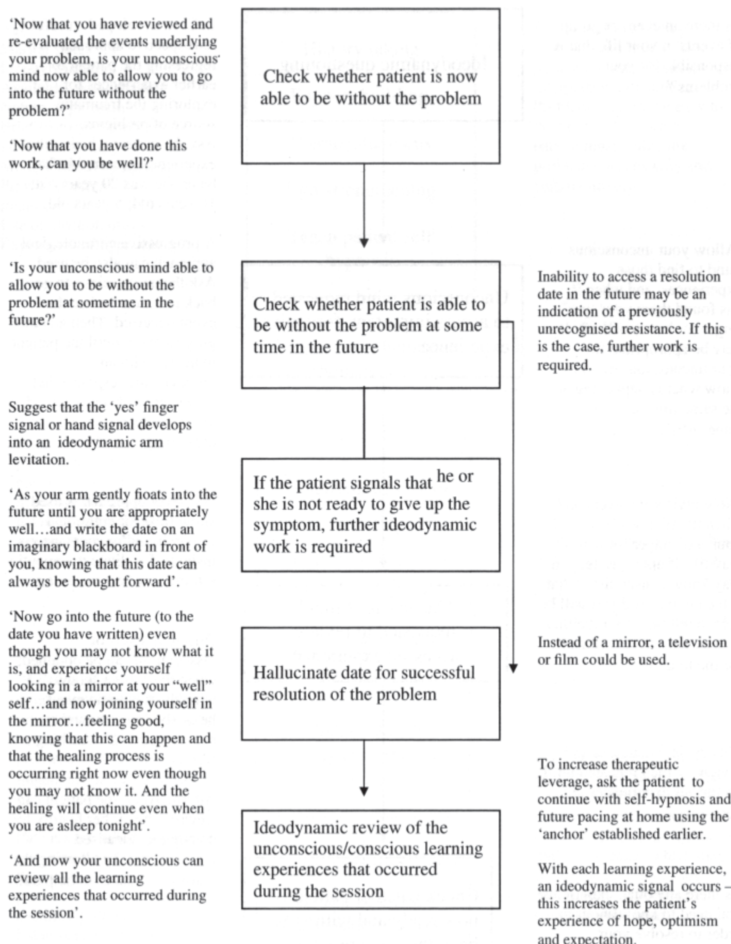


Figura 5.3. *Pacing*-ul viitor şi recadrarea

Acceaşi abordare poate fi folosită pentru stabilirea degetului „nu”. De asemenea, terapeutul poate folosi răspunsurile ideosenzoriale sau senzaţiile cerând pacientului să verbalizeze dacă răspunsul „da” sau „nu” a fost trăit intern (şi este în consecinţa neobservabil de către terapeut). Pacientul poate fi de asemenea rugat să mişte un deget ca urmare a experienţei ideosenzoriale (intervenţia 26).

Intervenţia 26. Stabilirea semnalizării degetului „da” cu întărirea eului

> Intră în mintea ta inconştientă şi găseşte un moment din trecut în care ai ameliorat cu succes severitatea problemei tale, când ai simțit că deții controlul... când aveai mai multă încredere... Dacă doreşti poți să te vezi în această situație ca pe ecranul unui televizor... Atunci când mintea ta inconştientă ştie că are resursele pentru a rezolva problema aşa cum a făcut-o atunci, se va mişca unul din degetele tale?... Poți observa la început o senzație sau un sentiment diferit... poate o gâdilare, sau căldură, sau chiar o tresărire... Aşteaptă să se întâmple acest lucru... şi lasă degetul să se mişte uşor de unul singur. (*Terapeutul poate chiar sugera ca pacientul să ajute degetul să se mişte*.) Atunci când eşti conştient de senzațiile din degetul tău „da”, îl poți ridica conştient astfel încât să îmi dai şi mie de ştire.

Este important să observăm că pacienţii pot prezenta o rezistenţă considerabilă în cooperarea legată de procesul de investigare ideodinamic. Uneori, pacienţii nu pot sau nu doresc să semnalizeze cu ajutorul degetului. Cheek sugerează că acest lucru se întâmplă adesea cu pacienţii care au avut eşecuri cu alte modele de tratament. O abordare folosită de autor în lucrul cu pacienţii care nu produc semnale ideodinamice este de a le sugera următoarele :

Peste câteva momente, dar nu încă, deschide ochii şi priveşte o mână, deja ştii pe care să o priveşti... Când faci acest lucru, se va ridica un deget de la sine?... Ştii deja care va fi acel deget... Aştepți să vezi ce se întâmplă... întrebându-te ce s-ar întâmpla dacă deschizi ochii acum.

Odată ce sunt stabilite semnalele, inconştientului pacientului i se pot adresa următoarele întrebări :

- Mintea ta inconştientă ştie că te poţi însănătoşi în totalitate ?
- Mintea ta inconştientă doreşte să te ajute pentru a face acest lucru ?
- Ar fi bine pentru tine să te întorci înapoi la evenimente care au avut loc mai devreme în viaţa ta şi să treci în revistă acele amintiri şi experienţe relevante astfel încât să îţi poţi înţelege şi rezolva problema ?

Dacă întrebările la aceste răspunsuri sunt negative atunci sunt necesare investigaţii suplimentare.

Gestionarea disocierii

Întărirea eului este o procedură foarte importantă înainte de angajarea pacientului în descoperirea (recuperarea) evenimentelor trecute care sunt importante din punct de vedere etiologic în dezvoltarea simptomatologiei prezente. În contextul abordărilor hipnoanalitice, regresia pacientului la experienţele pozitive, atunci când acesta trebuie să depăşească diverse probleme şi dificultăţi, este un element care pregăteşte pacientul pentru procesul regresiei, fiind adesea o metodă preferată de tratament. O metodă de facilitare a procesului este de a cere pacientului să îşi imagineze că priveşte o videocasetă a propriei vieţi sau că urmăreşte un anumit program la televizor. Se poate

afirma că se iniţiază o căutare inconştientă a resurselor şi soluţiilor la problemă.

Ancorarea resurselor pozitive

Atunci când pacienţii experimentează un eveniment pozitiv care este imediat demonstrat terapeutului fiziologic, pacienţilor li se poate cere să „ancoreze” sentimentul pozitiv, de exemplu prin împreunarea degetului mare şi arătător. Mai târziu, în cursul şedinţei de terapie atunci când accesează şi trece în revistă experienţe negative, pacientul poate folosi „ancora” pentru a se distanţa (disocia parţial) de acea experienţă. Folosirea tehnicilor „paradoxale”, cum sunt relaxarea, auto-hipnoza şi întărirea eului, va conduce adesea la o „scoatere la suprafaţă” a amintirilor şi sentimentelor negative aflate la baza problemei, care sunt adesea inconştiente, şi astfel la accesibilizarea lor, astfel încât pacientul să le poată accesa la un moment adecvat din punct de vedere terapeutic.

Echilibrul atenţiei

Trebuie subliniat de asemenea faptul că a ajuta pacienţii să se recupereze să să îşi adune forţele şi resursele le va permite să acceseze şi să prelucreze experienţele negative şi traumatice într-un mod mai eficient, fără reacţii iatrogene negative, inclusiv riscul de retraumatizare, precum şi de contaminare şi distorsionare a amintirilor. Acest lucru este important mai ales în contextul dezbaterii actuale privind „amintirile false”. O asemenea abordare reîntăreşte mai ales „sinele adult” care funcţionează pe bazele raţionale ale lui „aici şi acum”. Această augmentare a „diviziunii eului” între „copilul rănit” şi adultul

care funcţionează raţional este un element important pentru a permite pacientului să reevalueze experienţele formative critice (anterioare) de la „distanţă”. Scheff (1979) spune că atunci când pacienţii sunt distanţaţi optim de sentimentele lor (ceea ce se numeşte „distanţă estetică” sau „un echilibru al atenţiei”) pot fi atât participanţi, cât şi observatori ai propriei experienţe.

Greenson (1967) vorbeşte despre „eul experienţial” şi de „eul observator” şi spune că pacientul care va avea succes este acela care se poate mişca înainte şi înapoi între aceste două tipuri de experienţe. Dacă pacientul este un eu observator pur, atunci vor apărea puţine abreacţii emoţionale şi experienţa va fi în principal una cognitivă. Ceea ce în context psihodinamic nu este de mare folos. Pe de altă parte, dacă pacientul este un eu experienţial, aceasta poate duce la reacţii iatrogene negative, deoarece disocierea este minimalizată. În mod ideal, pacientul ar trebui să experienţieze evenimentele istorice (sau curente) traumatice/conflictuale în timp ce le observă şi în acelaşi timp rămânând parţial disociat de ele. În acest fel, pacientul poate reevalua evenimentele care menţin dinamica simptomatologiei, fie imediat, fie după catharsis sau mai târziu. Un echilibru optim al atenţiei se poate dezvolta printr-o pregătire atentă a pacientului în ceea ce priveşte îmbunătăţirea funcţionării sale ca adult raţional şi a conştienţei sale critice (sentimentul realităţii timpului prezent).

Însă indiferent de consideraţiile dedicate pregătirii pacientului, uneori poate să apară disoluţia prematură a disocierii, deşi aceasta poate să nu implice o retrăire imediată şi deplină. Odată, cu ocazia unei demonstraţii, o pacientă a început să tremure incontrolabil. Atunci când a fost întrebată „ce se întâmplă acum ? ” a spus că vizualizează o serie de bare verticale negre care o sperie foarte tare. Am întrebat mintea ei inconştientă dacă este în stare suporte mai multe informaţii

despre acest lucru şi a apărut mişcarea ideomotorie a degetului. Apoi a avut loc următorul dialog :

Terapeutul: Îşi este foarte frică. Ce vârstă ai?
Pacienta: Am 4 ani.
Terapeutul: Ai 4 ani... Unde eşti atunci când se întâmplă acest lucru?
Pacienta: Tata tocmai m-a abuzat sexual şi mă ține de glezne deasupra casei scărilor... Pot vedea barele de pe trepte (cele la care făcea referire înainte).
Terapeutul: Ştii că asta nu se întâmplă cu adevărat acum, deoarece eu sunt aici şi poți auzi vocea mea. Este şi altceva ce ai vrea să spui legat de această experiență?
Pacienta: Tata spune: „Dacă îi spui mamei atunci te las să cazi”.

În acest punct, pacienta a început să plângă şi am încurajat acest comportament emoţional, îmbrăţişând-o şi aplicând o uşoară presiune cu degetele pe spatele ei. Şedinţele de terapie ulterioare au fost necesare pentru ca pacienta să poată rezolva pe deplin această problemă şi problemele legate de aceasta.

Deşi prin utilizarea metodelor de întărire a eului sunt gestionate eficace nivelele de disociere, există şi alte metode utile în acest sens (intervenţia 27).

Intervenţia 27. Gestionarea disocierii

Imaginează-ți evenimentul (trecut) pe ecranul unui televizor, căruia îi poți controla claritatea imaginii, intensitatea sunetului, intensitatea sentimentelor, având butoane diferite pentru acestea... trăieşte ceea ce vezi, auzi şi simți... Intensitatea şi claritatea experienței tale corespund cu ceea ce poți gestiona eficace acum... Poți fi surprins să afli că mai târziu vei şti ceva mai mult despre aceste experiențe... Atunci când acest lucru este posibil...

Aceasta va apărea ca un gând, o imagine, un sentiment sau poate într-un vis... mai devreme sau mai târziu.

Apoi, pacientul trebuie încurajat să ţină un jurnal al acestor întâmplări (de exemplu, vise, sentimente, gânduri), care pot fi prelucrate ulterior în şedinţele de terapie care urmează şi în care se pot face mai multe explorări.

Tehnica „bulei" descrisă de Alden (1995) permite de asemenea gestionarea disocierii. Pacientul poate observa, din siguranţa unei „bule", efectele traumatice ale trecutului fără să existe pericolul retraumatizării cu supraîncărcarea efectului. Birere (1992) spune că accesarea sentimentelor asociate cu evenimentele semnificative din trecut în timp ce se evită absorbirea în ele facilitează o recadrare psihosomatică puternică care este adesea o componentă importantă a intervenţiilor terapeutice în cazul persoanelor traumatizate de abuz sexual în copilărie.

Pacing-ul viitor

Cu accesarea recursivă şi trecerea în revistă a experienţelor, atât la nivel cognitiv, cât şi afectiv, pacienţii (de obicei) ajung la un punct în timp pe care îl indică ideodinamic prin ridicarea degetului „da", atunci când mintea lor inconştientă le poate permite să se elibereze de problemă într-un anumit moment viitor. Pacientului i se poate cere apoi să încerce o dată fictivă din viitor, când va fi eliberat de problema actuală şi când nu îi mai este teamă că problema ar putea reapărea. Fiţi foarte atenţi la modul în care este formulată cererea. Pacientului s-ar putea să i se fi spus „trebuie să înveţi să trăieşti cu problema asta". Din acest motiv, simpla cerinţă a unei implicări viitoare în ceea ce priveşte un moment din timp în care problema nu va

mai exista poate fi interpretată inconştient ca o condamnare la moarte. Alternativa la problemă este moartea atunci când problema nu mai este prezentă. Imaginarea unei date a vindecării înseamnă că pacientul a renunţat la sursele imediate de rezistenţă. De asemenea, înseamnă că există o oarecare speranţă şi că mintea inconştientă găseşte modalităţi de atingere a unui scop în cazul în care a fost acceptată ideea unui obiectiv constructiv.

Intervenţia 28. Pacing-ul viitor

> Mintea ta inconştientă a indicat că este acum capabilă să te lase să intri în viitor fără problemă... Atunci când ştii că acest lucru se întâmplă cu adevărat, brațul tău se va ridica în viitor la acel moment la care problema va fi fost rezolvată?... Ştii că vindecarea are loc chiar acum chiar dacă nu eşti conştient de acest lucru... Mâna ta va scrie data la care te vei însănătoşi complet? (*scrierea automată*), dar ştii că te poți însănătoşi complet chiar înainte de acest moment... Vei alege să uiți această dată?

Am lucrat în acest fel cu mulţi pacienţi şi şedinţele ulterioare au arătat că de obicei şi-au rezolvat problema la data respectivă sau înainte de ea. Trebuie subliniat totuşi că nu sunt disponibile nici un fel de cercetări clare care să confirme aceste rezultate subiective. Cu toate acestea, metoda duce la creşterea expectanţelor pentru schimbare. Se poate realiza o ratificare a lucrurilor învăţate în cursul şedinţei de terapie, deoarece aceasta este un feedback valoros atât pentru pacient, cât şi pentru terapeut.

Intervenţia 29. Ratificarea(1)

Întoarce-te la acel moment în care ai început şedinţa de terapie şi lasă mintea ta inconştientă să trăiască toate evenimentele în care ai învăţat diverse lucruri... De fiecare dată când acest lucru se întâmplă degetul tău „da” se va ridica ca o indicaţie a faptului că are loc ceva pozitiv, chiar dacă nu eşti conştient de acest lucru... Atunci când această trecere în revistă a luat sfârşit, braţul tău se va ridica la data la care problema ta va fi rezolvată satisfăcător?

Intervenţia 30. Ratificarea (2)

Trăieşte aşa cum eşti acum (*data curentă*)... Acum pe măsură ce trece timpul ştii deja că mintea ta inconştientă îţi vindeca mintea şi corpul, utilizând toate aceste învăţături şi experienţe care au avut loc în această şedinţă de terapie... Lasă acele schimbări pozitive să devină din ce în ce mai puternice până la (*data pe care a indicat-o pacientul*) când eşti pe deplin sănătos... Ştii că ele au loc cu ajutorul celeilalte minţi (inconştiente). Şi poţi trăi aceasta într-o manieră confortabilă şi adecvată pentru tine.

În afară de abordarea prin semnalizare ideodinamică care a fost discutată mai sus, există şi alte tehnici de descoperire standard, incluzând podul afectiv al lui Watkins (Watkins, 1971), terapia stărilor eului (Watkins, Watkins, 1979, 1990, 1993), tehnica vizualizării teatrului (Wolberg, 1964), tehnici de regresie, jocul de puzzle şi analiza viselor (Wolberg, 1980 ; Rossi, 2000).

Podul afectiv/somatic

Înainte de toate se aplică pacientului o tehnică adecvată de întărire a eului. Apoi i se cere să experimenteze situaţia în care apar sentimentele negative asociate problemei ; de exemplu, teama, furia, tristeţea. Apoi clinicianul întreabă :

> Poți lăsa acest sentiment să devină din ce în ce mai puternic?

Pentru a crea „podul” spre momentele din trecut în care au apărut pentru prima dată aceste sentimente se pot utiliza o serie de abordări diferite. De exemplu, atunci când pacientul trăieşte deplin emoţiile negative în timp ce reţine o „ancoră” a resurselor sale pozitive, poate fi întrebat :

> Când ai simțit prima dată asta?... Primul gând. Ce vârstă ai acum?... Unde te afli?... Ce se întâmplă?... Cine mai este acolo?...Cine nu este acolo?

Bineînţeles, natura exactă a intrevenţiilor inclusiv întrebările adresate vor fi congruente cu comportamentul verbal şi non-verbal al pacientului. Alte metode de efectuare a regresiei spre un eveniment anterior asociat cu sentimentele apărute includ folosirea imageriei adecvate, de exemplu, drumul peste un pod, număratul înapoi până la vârsta respectivă a pacientului precum şi utilizarea răspunsurilor ideomotorii. Este de asemenea posibilă folosirea „punţii somatice” pentru problemele somatice. Unui pacient cu durere psihogenă i se poate cere :

> Concentrează-te asupra durerii şi las-o să se intensifice (poate până la nivelul 7 sau 8 pe o scală analogică vizuală care merge până la 10 (VAS))... Când a fost prima ta experiență asociată cu această senzație?

În toate situaţiile este important ca terapeutul să gestioneze nivelele de disociere legate de evenimentele prototip pentru a controla toate reacţiile iatrogene. Aşa cum este posibilă realizarea unui „pod” înapoi până la evenimentele negative, putem realiza un „pod” către experienţele şi evenimentele pozitive.

Terapia stărilor eului

Helen Watkins (1993) defineşte terapia stărilor eului după cum urmează :

> Terapia stărilor eului este o abordare psihodinamică în care tehnicile terapiei de grup şi familiale sunt folosite pentru a rezolva conflicte dintre diferite „stări ale eului” care constituie o „familie a sinelui” în cadrul unui singur individ. Deşi stările ascunse ale eului nu devin în mod aparent evidente, cu excepţia personalităţii multiple, ele sunt activate hipnotic şi sunt accesibile în contactul şi comunicarea cu terapeutul. Oricare dintre tehnicile comportamentale, cognitive, analitice sau umaniste pot fi astfel folosite într-un fel de diplomaţie internă. Cei aproximativ 20 de ani de experienţă cu această abordare au demonstrat că problemele psihodinamice complexe pot fi adesea rezolvate într-un timp relativ scurt comparativ cu alte terapii mai analitice (p. 232).

Deşi conceptul de segmentare a personalităţii a fost menţionat acum mult timp în literatură (de exemplu, Janet, 1907 ; Freud, 1923 ; Assagioli, 1965/1975 ; Jung, 1969), teoria specifică terapiei stărilor eului este atribuită lui John G. Watkins (Watkins, 1978 ; Watkins, Watkins, 1979, 1986, 1997 ; Watkins, Johnson, 1982). Watkins a extins conceptul stărilor eului dezvoltat de Federn (1952) şi Weiss (1960), precum şi de Berne (1961) în analiza tranzacţională. Phillps şi Frederick (1995) constată :

> Stările eului pot fi înţelese ca „energii" în cadrul personalităţii. Ele nu reprezintă oameni reali care sunt pur şi simplu mai mici sau mai tineri decât personalitatea globală, ci sunt mai degrabă aspecte sau energii ale persoanei. Stările eului sunt adaptative. Ele vin întotdeauna în ajutor (p. 63).

Watkins conchide că prin hipnoză este posibil să ne concentrăm asupra unui segment al personalităţii şi să realizăm o ablaţie sau disociere temporară de alte părţi. Stările eului nu apar în general în mod spontan şi deschis, dar pot fi activate prin hipnoză.

În primele stadii ale terapiei centrarea pe explorarea stărilor eului se realizează mai ales în contextul întăririi eului, respectiv prin identificarea şi lucrul cu stările pozitive ale eului, cum sunt cele responsabile de îngrijire, protecţie, supravieţuire, încredere, relaxare şi vindecarea interioară. Însă e important de subliniat faptul că nu trebuie încercată terapia stărilor eului până când nu s-a realizat o bună alianţă terapeutică sau până când pacientul nu poate avea încredere în propriile procese interne (Phillips, Frederick, 1995, p. 57).

Există multe modalităţi pentru a începe terapia stărilor eului. O metodă simplă este aceea de a hipnotiza pacientul, fie prin inducţie formală, fie prin relaxare progresivă sau imagerie. Terapeutul poate apoi să spună pacientului :

> Aş dori să vorbesc cu acea parte din tine care este supărată pe ceea ce se întâmplă, dar dacă nu există o asemenea parte separată, este în regulă (H. Watkins, 1993).

Sau, mai specific :

> Aş dori să vorbesc cu acea parte a minţii tale care nu doreşte să doarmă (*sau este alcoolică, sau bulimică, sau dependentă*

de droguri) şi poate acea parte ar dori să facă un pas înainte şi să îşi facă cunoscută prezența într-un fel oarecare, dar dacă nu există o asemenea parte separată este în regulă.

Ultima parte a frazei este necesară pentru a nu crea un artefact. Conţinutul este determinat de informaţia primită de la pacientul aflat în stare de veghe. Deşi trebuie să ne străduim în permanenţă să nu sugerăm crearea unei stări, dacă ne asigurăm că au fost luate precauţiile necesare, atunci este improbabil să se întâmple ceva semnificativ în acest sens. Cu toate acestea, conform cu Watkins, persoanele cu hipnotizabilitate crescută sunt capabile să producă ceea ce cred că doreşte terapeutul. Watkins adaugă :

> Chiar şi artefactele tind să fie foarte tranzitorii şi să dispară, pentru că ele nu reprezintă o experienţă cu adevărat semnificativă pentru pacient, indiferent dacă, din trecut sau din prezent şi în terapia continuă cu multe şedinţe terapeutice, ficţiunea tinde să fie separată de fapte.
> Adesea, folosesc o încăpere imaginară în care pacientul hipnotizat stă pe scaun sau canapea şi se uită spre uşă să vadă dacă intră „cineva". Există sugestia implicită că „cineva" va intra, dar nu există cererea de a face acest lucru. O modalitate chiar mai puţin sugestivă este aceea de a întreba pacientul hipnotizat : „Mă întreb de ce Mary (numele pacientei) a avut aceste dureri de cap în ultimul timp ? " sau pentru a sonda şi mai mult, „Mă întreb dacă cineva ne poate spune despre durerile de cap (sau orice alt simptom)". Adesea, ni se va face cunoscută o stare a eului.
> Uneori o stare a eului se exprimă numai prin simptomul din corp. De exemplu, o durere de cap poate fi o modalitate de comunicare a unei anumite stări a eului. Capacitatea creierului de a dezvolta tipare de protecţie proprie pare a fi nelimitată (p.238).

Gibson şi Heap (1991) descriu o procedură pentru a ajuta pacientul să facă faţă amintirilor traumatice şi deranjante din copilărie prin utilizarea stărilor eului, după cum urmează :

> Pacientul este regresat spre un asemenea incident şi se permite să apară orice abreacţie : apoi terapeutul ghidează pacientul printr-un fel de psihodramă în fantezie în care se sugerează că starea eului adultă, posedând toate resursele, cunoştinţele şi învăţăturile acumulate de la acel incident încoace se întoarce în timp şi furnizează stării copil a eului reasigurarea, confortul şi resursele prin care să se descurce şi să rezolve acea amintire, astfel încât ea să nu mai producă probleme pacientului (p. 87).

Phillips şi Frederick (1995) folosesc atât abordări tradiţionale, cât şi ericksoniene. Procesul de tratament implică descoperirea traumei care se presupune că este cauza simptomelor disociative şi întărirea personalităţii, astfel încât să poată controla şi internaliza materialul descoperit. Autorii descriu raţionamentul de bază al acestei abordări după cum urmează :

> Hipnoza este un ajutor de neegalat în acest proces, deoarece permite pacientului să intre în starea psihologică şi biochimică în care a apărut iniţial învăţarea dependentă de stare şi permite activarea stărilor eului pentru a lucra cu ele terapeutic. Dorim să ajutăm părţile personalităţii să tolereze descoperirea şi abreacţia fără retraumatizare, pentru a controla, renegocia şi integra experienţele adunate, pentru a se întări şi maturiza în asemenea măsură încât să fie restaurată armonia interioară. Echilibrul dintre întărirea eului din prezent şi descoperirea experienţelor din trecut este critică. Subliniem utilizarea resurselor interne ale pacientului şi ajutarea pacientului pentru a învăţa să direcţioneze acele resurse pentru descoperirea, corectarea, reorganizarea şi integrarea minte/corp (p. 19).

Degun-Mather (2003) descrie tratamentul unei femei diagnosticate cu tulburare alimentară compulsivă şi un istoric de mâncat în exces şi perioade de înfometare în perioada de adolescenţă şi cea de adult. Terapia stărilor eului în hipnoză a ajutat-o să înţeleagă cauza mâncatului compulsiv. Aceasta a fost urmată de utilizarea unui pod afectiv care i-a permis să acceseze o altă parte copil a sinelui care era legată de înfometare şi abandon şi care dorea să rămână „solidă, dar nu grasă". Prin accesarea stărilor eului, pacienta a putut începe o comunicare internă şi a realizat schimbări cognitive şi emoţionale. Acestea au fost mai târziu întărite prin terapie cognitivă, care anterior nu îi adusese prea mari beneficii.

Tehnica vizualizării teatrului (Wolberg, 1964)

În această abordare, pacientului i se cere să îşi imagineze că se duce la teatru să vadă o piesă. Terapeutul „ghidează" pacientul prin piesa de teatru (care este legată de problemă) în timp ce lasă pacientului suficient spaţiu pentru introducerea materialului propriu (gânduri, sentimente, senzaţii), care apar spontan în timpul şedinţei de terapie. Piesa poate fi organizată de terapeut în „scene" şi „acte" funcţie de informaţia furnizată deja de către pacient – de exemplu, Actul I, Scena 1 : Naşterea copilului ; Scena 2 : Primul an ; Actul al II-lea, Scena 1 : Şase ani mai târziu etc. Bineînţeles această abordare poate „progresa" în viitor şi „regresa" în trecut.

O pacientă de-a mea a prezentat dificultăţi de relaţionare cu tatăl ei, care era grav bolnav în spital. Nu reuşea să se apropie de el, nici fizic, nici psihologic, deşi dorea să facă acest lucru. În „tehnica teatrului" a descoperit amintiri timpurii legate de un abuz sexual din partea tatălui ei şi deşi a negat la început acest lucru, treptat a început să îl accepte. După patru şedinţe

de terapie a putut să îşi ierte tatăl şi l-a vizitat la spital pentru a-i spune acest lucru. Curând după aceea, tatăl ei a murit.

Regresia de vârstă

În etapele iniţiale ale tratamentului, regresia de vârstă trebuie utilizată în special pentru întărirea eului. Phillips şi Frederick (1995) scriu : „dacă pacientul nu poate trăi regresia de vârstă pozitivă… această procedură trebuie amânată până când persoana are mai multă forţă a eului şi are mai multe experienţe în care a deţinut controlul în cadrul altor tipuri de experienţe hipnotice” (p. 58).

Regresia de vârstă pozitivă este realizată prin sugestia că pacientul merge înapoi în timp pentru a trece în revistă experienţe pozitive legate de succese, rezolvarea de probleme, trecerea examenelor, sentimente de relaxare şi încredere, starea de bine psihologică şi fiziologică (de exemplu, fără problemele curente legate de stres) pentru a descoperi (recupera) abilităţile de *coping* la stres şi resursele care au fost uitate sau care nu sunt utilizate în prezent. Atunci când pacientul trăieşte aceste „amintiri uitate” la nivel psihosomatic i se poate cere să împreuneze degetul mare şi arătător. Aşa cum s-a discutat anterior, aceasta creează o ancoră pozitivă şi poate fi folosită ca atare atunci când pacientul accesează şi revede scenarii negative mai târziu în cursul terapiei. „Ancora pozitivă” poate fi de asemenea foarte valoroasă pentru pacient între şedinţele de terapie ca modalitate de accesare a sentimentelor şi senzaţiilor pozitive şi ca modalitate de gestionare a stresului.

O discuţie anterioară asupra catharsisului în terapie a subliniat importanţa regresiilor parţiale, în care o parte din pacient simte vârsta regresată şi o alta reţine perspectiva adultă cu o abilitare a unei recadrări constructive după o abreacţie adecvată.

Într-o regresie sau retrăire completă, pacientul „retrăieşte” experienţele trecute, adesea cu abreacţie considerabilă, fără prezenţa aparentă a învăţăturilor, experienţei şi raţiunii adulte. Din punctul meu de vedere, o regresie „conştientă” completă are prea puţină valoare terapeutică, deşi unii terapeuţi propun acest lucru în anumite situaţii clinice (Greenleaf, 1969, 1990). O serie de psihoterapeuţi susţin că este posibil să regresăm pacientul până la momentul naşterii şi experienţelor prenatale (Janov, 1973 ; Grof, 1976, 1988 ; Lake, 1981 ; Verny, 1982). Conform propriei experienţe, hipnoza poate fi de mare ajutor în acest proces. Experienţa găsită poate fi pozitivă sau negativă.

Metode de facilitare a regresiei de vârstă

Abordările hipnoanalitice deja discutate în acest capitol facilitează regresia de vârstă. Alte abordări includ atât metode directe, cât şi indirecte. Trebuie să ne amintim că înainte de a trece la regresia de vârstă şi abordări potenţial abreactive este important să cerem permisiunea minţii inconştiente a pacientului pentru a accesa şi a trece în revistă experienţe etiologice importante, care pot fi traumatice.

O metodă simplă şi directă este de a număra înapoi cronologic de la vârsta actuală a pacientului, observând comportamentul nonverbal al pacientului în timp ce facem acest lucru. Tehnica „scanării” sau „hărţii posibile” poate fi realizată iniţial destul de rapid, deoarece de obicei împiedică pacientul să acceseze amintiri legate de stare la nivel conştient, deşi apar adesea comportamente ideomotorii şi ideosenzoriale. În timpul şedinţei de terapie, acestea pot fi observate şi verificate în timpul progresiei de vârstă (număratul înainte pînă la vârsta actuală a pacientului). Dacă este posibil din punct de vedere clinic, terapeutul poate lucra cu pacientul la orice vârstă în

timpul regresiei sau progresiei de vârstă utilizând orice tehnică ştiută.

Pacienţilor li se poate cere de asemenea să îşi imagineze că întineresc (intervenţia 31).

Intervenţia 31. Regresia de vârstă

> Vezi în fața ta un ecran de televizor şi un video. Lângă ele se află o casetă video cu numele tău scris pe ea şi pe care se află înregistrată viața ta (se pot face referiri specifice la experiențe legate de problema pacientului, de exemplu, sex, mâncare, relații etc.). Dacă doreşti, poți să introduci caseta în video şi să o derulezi înapoi, începând cu lucrurile bune din viața ta, de acum, din 2005... În vreme ce te vezi şi te auzi în acele situații, eşti conştient de felul cum te simți... Dacă la un moment dat sentimentele devin prea inconfortabile, atunci poți modifica starea dând volumul mai încet sau accesându-ți sentimentele cu ajutorul butoanelor televizorului... Tot aşa le poți amplifica atunci când te simți fericit şi plin de încredere... Când eşti pregătit să explorezi inconştient şi să reevaluezi amintirile şi experiențele relevante care apar în timp ce priveşti povestea vieții tale, mâna ta se va ridica în mod natural?

O abordare similară este aceea în care pacientul îşi imaginează un televizor cu mai multe canale pentru viaţa sa, pentru el în terapie, pentru el în viitor, de exemplu. O abordare similară, albumul de fotografii, a fost prezentată în capitolul 3 ca metodă de întărire a eului. Toate aceste metode creează o disociere parţială în care pacientul se distanţează de experienţa emoţională completă. Pacientul are de asemenea ocazia de a controla nivelul disocierii prin butoanele pentru sunet, imagine şi sentimente. Amintiţi-vă că în primele stadii ale terapiei este important să facilitaţi o disociere semnificativă, mai ales acolo unde sunt implicate traumele.

De asemenea se pot folosi metafore pentru a facilita procesul de recadrare a experienţelor stresante. Hammond le numeşte „metafore traumatice” (Hammond, 1990a, p. 535). Aceste metafore pot include referiri la ameliorarea bolii sau leziunii pacientului sau se pot referi la oameni în general. Metafora stejarului prezentată anterior ca metodă de întărire a eului (intervenţia 20, capitolul 4) poate fi adaptată ca metaforă traumatică.

Puzzle-ul

„Puzzle-ul” este destinat să pornească un proces de vizualizare care poate duce la conştientizarea de către pacient a problemelor nerezolvate.

Intervenţia 32. Jocul de puzzle

> Imaginează-ți că stai pe un scaun cu o masă mică înaintea ta. Pe masă sunt diverse cutii de culori şi forme diferite; sunt roşii, albastre, galbene şi verzi; unele cutii sunt pătrate, ca o cub, altele cilindrice. În fiecare dintre ele există un set separat de piese de puzzle. Atunci când te poți vedea, stând la masă cu cutiile de culori diferite, dă din cap. Aşa este foarte bine. Acum te rog să alegi doar una dintre aceste cutii – de orice culoare şi formă preferi – scoate piesele din jocul de puzzle şi pune-le pe masă. Observă că nu există nici o poză pe capacul cutiei, aşa că nu am idee care va fi în final imaginea – şi nici tu nu ştii în acest moment. Dar va fi poza unei scene sau a unui incident care este îndeaproape conectat cu problema ta prezentă.
>
> Mintea ta inconştientă ştie exact ce piesă caută şi te va ajuta să potriveşti piesele laolaltă, astfel încât să vezi care va fi imaginea. Aşa că poți începe acum, punând laolaltă piesele de puzzle – o piesă aici şi una dincolo – şi poți face acest lucru

mult mai repede în această stare de relaxare, mult mai repede decât ai face-o în mod obişnuit... În câteva momente vei reveni la starea de veghe şi îmi vei putea spune exact ce ai văzut în acea imagine pe măsură ce a început să se formeze.
(*Cereți pacientului să descrie ceea ce vede, cu cât de multe detalii posibil. Aflați ce se întâmplă în acea imagine sau la ce se gândeşte persoana. Cei mai mulți vizualizează ceva ce descrie starea lor mentală internă – în formă actuală sau simbolică. Uneori, există piese care încă lipsesc sau revelația poate produce surpriză sau chiar abreacție – dacă pacientul se supără îi puteți cere să strice puzzle-ul şi să pună pisele înapoi în cutie până când le poate reexamina.*)

O pacientă de-a mea a adăugat piese în puzzle în fiecare şedinţă de terapie până când nu a mai găsit nici o piesă. Mi-a spus că va termina imaginea la întâlnirea noastră din săptămâna următoare. Din nefericire a murit pe neaşteptate cu o zi înainte de şedinţa de terapie programată.

Lucrul cu visele

Visele sunt o întruchipare a vieţii interioare a persoanei şi atât Freud, cât şi Jung le-au utilizat ca mijloc de înţelegere a proceselor inconştiente (Freud, 1900/1976 ; Jung, 1943/1966, 1954 ; Singer, 1973). Un aspect controversat al psihanalizei a fost afirmaţia sa potrivit căreia visele nu furnizează numai informaţii despre inconştient, respectiv au un înţeles, ci ele sunt în acelaşi timp un mijloc de vindecare. Însă au existat câteva diferenţe importante între punctele de vedere ale lui Freud şi Jung.

Metoda constructivă a lui Jung

Jung nu era satisfăcut de importanţa pe care Freud o acordase împlinirii dorinţelor şi aspectelor sexuale ale inconştientului. Jung a fost mai degrabă interesat de explorarea contextului visului însuşi, decât de găsirea originilor sale. Singer (1973) rezumă astfel :

> Aceasta se bazează pe principiul că visul înseamnă exact ceea ce înseamnă. Inconştientul este responsabil de o perspectivă care extinde, completează sau compensează atitudinea conştientă. Prin vis, el furnizează elementele-lipsă de care eul nu este conştient, astfel exercitându-şi funcţia de progresie către întreg.
> Pentru a descoperi ce lipseşte din punctul de vedere al conştientului este util să *amplificăm asocierea* cu elementele specifice din vis (p. 309).

Această abordare este deosebită de cea freudiană a interpretării unilaterale de către analist cu o impunere a ideilor. Din contra, Jung spune :

> Analistul care doreşte să îndepărteze sugestiile conştiente trebuie să considere fiecare interpretare a visului invalidă până când găseşte o formulă acceptată de pacient (1954, p. 241).
> Am ajuns pentru prima dată la această concluzie fundamentală că analiza, atât timp cât este reducţie şi nimic mai mult, trebuie să fie în mod necesar urmată de sinteză, iar anumite tipuri de material psihic nu înseamnă aproape nimic dacă sunt pur şi simplu desfăcute în bucăţi, însă au o semnificaţie foarte bogată dacă, în loc să fie separate, înţelesul lor este reîntărit şi extins cu ajutorul tuturor mijloacelor pe care le avem la dispoziţie – prin aşa-numita metodă a amplificării. Imaginile şi simbolurile inconştientului colectiv au o valoare distinctă dacă sunt supuse unui

> tratament sintetic. Aşa cum analiza desface materialul simbolic fantastic în componentele sale, procedura sintetică le integrează într-o afirmaţie generală şi inteligibilă (1943/1966, p. 81).

În ultimă instanţă, Jung a susţinut aplicarea unei tehnici numite „imaginaţie activă" care cerea pacientului să viseze din nou un vis în timpul şedinţei de terapie şi să îl retrăiască. Uneori, pacientul regresa la o experienţă din copilărie, adesea cu ventilare emoţională considerabilă. Singer (1973) leagă acest lucru de „o mişcare intensă a intestinelor după o lungă perioadă de constipaţie" (p. 313).

Un al doilea aspect al metodei constructive sau sintetice a lui Jung este punctul de vedere „final", respectiv, care este înţelesul visului pentru viitor ? Trebuie notat că visele nu apar în general ca evenimente izolate, ci ca dovadă a proceselor inconştiente în curs de desfăşurare adesea reprezentate de serii tematice (Rossi, 1997). Într-un raport anecdotic asupra unei serii de vise personale, Rossi (2003b) descrie felul în care a reluat visele în imaginaţia activă din cursul zilei pentru a ajuta propria recuperare după un atac vascular cerebral. El arată cum a devenit preocupat de anumite experienţe din vis şi din imaginaţia activă în timpul reabilitării sale, numită de el „calea regală spre vindecarea şi reabilitarea minte-corp". În esenţă, abordarea constructivă a lui Jung este un proces natural care aduce laolaltă conştientul şi inconştientul în manieră sintetică, respectiv în vis. Rossi (2002) scrie :

> Conştienţa sensibilă, dar înalt centrată facilitează repetiţia internă şi dialogul creativ cu imagini, anumite imagini noi care apar în visele şi fanteziile noastre şi pe care Jung le numeşte „imaginaţie activă". Imaginaţia activă este o experienţă dramatică de excitare, angajare şi facilitare a proceselor psihobiologice de vindecare şi individuaţie (p.133).

Visul vindecător

Deoarece visele pot fi uşor induse şi/sau utilizate în procesul psihoterapeutic, visul poate fi conceput ca „vindecătorul din interiorul nostru” (De Beneditis, 1999). Deşi interpretarea viselor poate fi utilă în procesul hipnoterapeutic, cea mai mare valoare terapeutică pentru pacient o au inducţia şi manipularea viselor hipnotice şi nocturne.

Erickson (1952a) a utilizat frecvent „tehnica repetiţiei” în lucrul hipnotic cu visele. În această tehnică, pacientul derulează din nou visul şi cu fiecare repetare schimbă personajele şi scena visului. Această abordare permite pacienţilor să tragă propriile concluzii în ceea ce priveşte rezolvarea optimă a problemelor. Edgette şi Edgette (1995) aseamănă această tehnică cu „o floare care începe să înflorească, cu petalele devenind din ce în ce mai deschise cu fiecare vis” (p. 166).

În contextul hipnoterapiei, pare adecvat să cerem pacienţilor să repete visul în şedinţa de terapie, precum şi între şedinţele de terapie. De asemenea e util să dăm sugestii post-hipnotice legate de visare, de exemplu :

> Mai târziu în cursul zilei de astăzi, în timp ce dormi, vei găsi răspunsuri vindecătoare în visele tale?... sau vei descoperi noi învăţături legate de stresul din viaţa ta şi de resursele interioare care îţi stau la dispoziţie pentru a te descurca cu el?

În 1972, Rossi a propus ipoteza proteică a visului, care este acum susţinută de dovezi. Rossi (2002) prezintă probe conform cărora gena timpurie imediată zif-268 este exprimată în cursul viselor, ceea ce duce la o nouă sinteză proteică, neurogeneză şi diferenţierea celulelor stem în noi ţesuturi (Ribeiro, Goyal, Mello, Palvides, 1999 ; Hall, 2001). Rossi formulează ipoteza

conform căreia aşa cum stările negative de excitaţie emoţională pot iniţia reţeaua psihogenomică care iniţiază expresia genetică având ca rezultat supraproducţia de proteine ale stresului şi boala, tot aşa experienţele psihologice pozitive (de exemplu, întărirea eului) iniţiază efectul noutate – experienţă – neurogeneză, care facilitează expresia genetică, neurogeneza, rezolvarea de probleme şi vindecarea.

Studiul de caz 1. Hipnoanaliza: o abordare integrativă

Studiul de caz de mai jos ilustrează folosirea abordării hipnoanalitice integrative, precum şi o serie de tehnici reprezentative. „Pacienta" care a apelat la această şedinţă de terapie era o studentă de 22 de ani (Ana) cu o problemă legată de anxietate şi iritabilitate, mai ales în relaţia cu oamenii cei mai apropiaţi ei. S-a oferit voluntar pentru a lua parte la o demonstraţie în timpul unui curs de hipnoză şi gestionare a stresului. Această şedinţă terapeutică a fost înregistrată şi, ulterior, terapeutul şi pacientul au adăugat propriile comentarii. Trebuie notat faptul că această prezentare nu este o analiză a întregii şedinţe de terapie, ci o prezentare a secvenţelor-cheie.

Sarcina terapeutului a fost aceea de a facilita procesul vindecării inconştiente prin utilizarea abordărilor ideodinamice. După cum am amintit anterior, explorarea ideodinamică poate asigura o cale sistematică de accesare, trecere în revistă şi transformare a experienţelor trecute într-un mod creativ şi sigur. Această abordare funcţionează la nivel de integrare inconştientă şi rezolvare a problemei psihosomatice şi există mai puţine şanse de redeschidere a leziunilor traumatice. Evenimentele dureroase pot fi restructurate prin folosirea

resurselor adulte disponibile pentru a retrăi trauma dintr-o perspectivă diferită, în timp ce trecutul e fie controlat.

Evaluarea iniţială

Terapeutul a realizat o evaluare iniţială care a acoperit următoarele zone :

- Sugestibilitatea pacientei a fost evaluată prin folosirea unei adaptări a profilului de inducţie hipnotică a lui Spiegel (Spiegel, Spiegel, 1978 – vezi intervenţia 1 din capitolul 3). Aceasta a indicat faptul că pacienta răspunde bine prin semnalul ideomotor cu ajutorul degetului şi levitaţia braţului.
- A fost explicat faptul că terapia este un proces colaborativ în care terapeutul se află acolo pentru a o ajuta pe Ana să găsească resursele sale interioare şi soluţiile la problema ei legată de stres. Au fost adresate întrebări legate de modularea problemei ; de exemplu, problema se ameliorează uneori sau se înrăutăţeşte ? Cine este responabil de asta, tu sau eu ?
- Au fost adresate întrebări referitoare la trecut, mai ales în ceea ce priveşte vârsta aproximativă la care a început problema Anei şi dacă are o „poveste” care să o explice.
- Au fost stabilite expectanţele pacientei atât la nivel conştient, cât şi inconştient, descriind ce urmează să se întâmple (de exemplu, ce va face terapeutul şi ce se aşteaptă din partea pacientei).
- Ana a fost rugată să coteze problema pe o scală de la 0 la 10. Prin folosirea VAS, Ana a învăţat că problemele ei comportamentale variază şi că poate modifica acest proces atât conştient, cât şi inconştient. Minţii ei inconştiente i s-a cerut să permită braţului să leviteze până la momentul la

care problema a fost inexistentă sau mai puţin severă. Pe o scală de la 0 la 10, unde 10 este cea mai gravă, care este intensitatea problemei tale actuale ?… Cea mai gravă intensitate ?… Cea mai uşor de suportat ?…Cine este responsabil de aceste schimbări ?.. şi când mintea ta inconştientă a găsit o perioadă din viaţa ta în care problema a fost mult ameliorată, braţul tău se va ridica spre acel moment ? (*braţul drept al Anei levitează*)… aşa este foarte bine !… Atunci când ştii că ai resurse pentru a te descurca cu problema, braţul tău va pluti uşor, aşezându-se din nou pe piciorul tău ?

Acesta este un alt exemplu al întrebărilor de accesare bazală ale lui Rossi, în care directiva implictă este transformată în întrebare (Rossi, 1995).

Stabilirea semnalelor ideodinamice

Nu a fost utilizată nici o inducţie formală. Însă evaluarea iniţială a inclus multe sugestii care au ajutat la inducerea transei. Trebuie de asemenea notat că Ana văzuse deja o serie de demonstraţii de „pantomimă”.

Stabilirea semnalului „da”

A fost stabilit semnalul „da” cu ajutorul degetului/ braţului prin folosirea a ceea ce Ana deja realizase, şi anume găsirea unui moment din viaţă în care problema nu a existat sau a fost mult ameliorată :

Lasă mintea ta inconştientă să găsească o perioadă din viața ta în care nu ai avut problema,... sau una în care problema nu

te deranja, atunci când îți foloseai resursele pentru a te menține sănătoasă; lasă mintea ta inconştientă să facă acest lucru fără participarea minții tale conştiente... se poate întâmpla de la sine aşa cum s-a întâmplat cu puțin timp în urmă (*amintiți-vă că mâna dreaptă a Anei a levitat în timpul implementării VAS*)... Un deget se va mişca întâi la mâna ta dreaptă şi te vei întreba care deget se va mişca mai întâi... Vei fi surprinsă când acest lucru se întâmplă.. Mai devreme sau mai târziu mâna şi brațul tău pot deveni mai uşoare şi pot pluti fără efort la distanță de piciorul tău (*brațul drept al Anei levitează din nou).*

Stabilirea semnalului „nu”

Degetul pentru semnalul „nu” a fost stabilit cerând inconştientului să semnalizeze prin mişcarea unui deget atunci când ştie că poate spune „nu” problemei :

Te vezi pe tine însăți pe un ecran de televizor. Problema ta există. Dacă vrei, poți reduce volumul sunetului şi poți avea filmul în alb-negru... Atunci când ştii că poți spune „nu” problemei vei mişca un deget de la cealaltă mână? La început vei observa o senzație într-unul din degetele tale, care se poate transforma într-o mişcare... Sau brațul tău stâng se va ridica.. şi atunci când o face mă întreb cât de surprinsă vei fi (*s-a ridicat un deget de la mâna stângă a Anei şi apoi brațul ei a levitat*).

Sugestia ca Ana să se privească pe un ecran de televizor a creat o disociere care a diminuat considerabil posibilitatea de abreacţie. Nivelul de disociere a putut fi crescut prin sugestia că imaginea poate fi în alb şi negru sau chiar „difuză”, fiind permisă ajustarea volumului.

Revizuirea internă

După stabilirea semnalelor ideodinamice, Anei i s-a cerut să se concentreze asupra problemei ei şi apoi mintea ei inconştientă a fost întrebată :

> Atunci când mintea ta inconştientă ştie că este adecvat să lucreze cu acestă problemă din viața ta, se va ridica brațul „da”?... Sau, dacă nu te simți în stare să prelucrezi această problemă acum, se va ridica brațul tău „nu”?

Braţul drept al Anei s-a ridicat, indicând că mintea ei inconştientă era gata să coopereze în munca terapeutică. Şedinţa de terapie a continuat :

> Atunci când ştii că ai resursele inconştiente, mintea ta inconştientă va indica acest lucru (*brațul ei drept a început să se ridice*)... Când eşti pregătită să accesezi toate aceste amintiri, experiențe, emoții şi senzații legate de problema ta, va continua mâna ta să plutească în sus? (*Mâna Anei s-a ridicat şi mai mult.*) Nu trebuie să ştii nimic la nivel conştient decât dacă este bine pentru tine să ştii acum... Poți învăța mai mult dacă este bine pentru tine să ştii, în timpul unui vis, atunci când dormi la noapte, sau poate mâine, sau în ziua următoare.. Te vei întreba când se va întâmpla acest lucru.

În timpul acestei experienţe Ana a prezentat semne de distres. Atunci când pacienţii se angajează într-o revizuire internă apare adesea o stare de excitaţie emoţională spontană – de exemplu, modificări ale respiraţiei şi tonusului muscular – pe măsură ce sunt eliberate amintirile legate de stare (Rossi, 1996).

Am întrebat-o :

Ce vârstă ai când trăieşti acest sentiment?

Ana a spus că avea 8 ani. După şedinţa de terapie ea a făcut următorul comentariu :

> Eram aproape sigură că problema a apărut când aveam 15 ani, dar eram pe cale să spun asta, când gura mea s-a dechis şi „cineva" a spus: 8 ani. Mi-am dat seama că acest lucru nu numai că mă surprinde, dar mă şi sperie. Întreaga conversație care a urmat s-a desfăşurat aproape fără ştiința mea, de parcă nu eu eram cea care vorbea. Puteam doar să stau aici, întrebându-mă ce se va spune în continuare şi încercând să dau un sens acelor lucruri!

Am continuat :

> Ai 8 ani... Ce se întâmplă în viața ta acum? Păstrează orice îşi vine în minte ştiind că tot ce ai de făcut este să laşi acele amintiri care sunt potrivite pentru tine acum să vină în mintea ta conştientă... Toate celelalte amintiri, emoționale, somatice şi cognitive pot rămâne în inconştientul tău... Completează propoziția „Eu am 8 ani şi mă simt..."... Spune asta din nou până când sentimentele devin din ce în ce mai puternice... Păstrează aceste sentimente.

Tehnicile folosite (de exemplu, terminarea propoziţiei, repetiţia, a spune cu voce tare sau paradoxal, a spune cu voce mai înceată, păstrează sentimentele) încurajează pacientul să acceseze şi să întărească sentimentele asociate cu experienţa.

Ana a găsit experienţa prea dureroasă şi a descoperit o cale „naturală" de disociere amintindu-şi în mod conştient faptul că are 22 de ani şi stă într-o sală de clasă în Finlanda. Terapeutul trebuie să se asigure întotdeauna că este menţinut un nivel adecvat de disociere, deşi, aşa cum este cazul în acest exemplu,

disocierea poate să fie redusă parţial. O procedură necesară este pregătirea pacientului prin întărirea eului şi abordările legate de timpul prezent care întăresc „adultul raţional” şi facilitează resursele interne ale pacientului. Am observat că respiraţia Anei devenise foarte superficială, aşa că i-am cerut să respire mai profund şi să îmi indice unde exista o tensiune în corpul ei. Ana a spus că tensiunea era în piept şi am aplicat presiune cu vârful degetelor în această zonă în timpul expiraţiei. Mai devreme în timpul şedinţei de terapie i-am cerut permisiunea de a o atinge dacă este necesar.

> Un pic mai mult zgomot pe măsură ce expiri... lasă acest lucru să se întâmple în mod natural... Lasă sunetele sau cuvintele să iasă din piept în vreme ce continui să respiri mai profund şi fără efort... Ce simți acum? Poate vei găsi că înveți ceva important la nivel conştient sau inconştient, ceva ce poți utiliza în viitor pentru a-ți rezolva problema actuală, dar şi alte probleme... Ştii că ai resursele vindecătoare pentru a lăsa ca acest lucru să se întâmple... Pe măsură ce număr de la opt în sus, poți înainta în vârstă până la vârsta pe care o ai acum, de 22 de ani.. Când ajungi la 22 de ani, ochii tăi se vor deschide pentru a reveni în această încăpere ştiind că au loc o serie de schimbări importante şi învățături interne?

Atingerea adecvată a pacienţilor atunci când se află în stare „regresivă şi emoţională” le asigură de asemenea o comunicare pozitivă importantă legată de „aici şi acum”. De exemplu, în cazul Anei se referă la faptul că nu are cu adevărat 8 ani, deşi o parte din ea poate trăi amintirile de la acea vârstă. Pacientul este de fapt „divizat”, cu o parte având 8 ani (copil) şi o parte având 22 de ani (adultul), astfel facilitând procesul de reevaluare. Au fost adresate o serie de alte întrebări ideodinamice, incluzând accesarea şi trecerea în revistă a experienţelor legate

de problemă, până când Ana a indicat ideodinamic că poate păşi spre viitor fără problemă.

Verificarea şi progresia

Apoi experienţa a fost verificată şi consolidată astfel:

> Când ochii tăi se închid, mintea ta inconştientă va trece în revistă toate experiențele de învățare pe care le-ai avut în timpul acestei şedințe de terapie... Atunci când inconştientul tău trece în revistă toate aceste experiențe, degetul tău de la mâna dreaptă se mişcă de la sine şi recunoşti fiecare dintre aceste învățături... Când termini de revăzut aceste experiențe, brațul tău se va ridica ca recunoaştere a faptului că procesul este complet şi că eşti cu adevărat gata să mergi în viitor, mai devreme sau mai târziu, fără problemă? (*brațul drept al Anei s-a ridicat*). Aşa este foarte bine... Brațul tău se poate ridica până la data la care problema va fi fost complet rezolvată şi poți scrie această dată cu mintea ta inconştientă... Poți alege să uiți această dată... Când ştii că mintea ta inconştientă poate continua cu vindecarea interioară, îți vei simți picioare mişcându-se întâi sau brațele tale se vor întinde întâi pe măsură ce revii la strea de veghe pentru a discuta orice crezi este necesar?

Verificarea experienţelor de învăţare terapeutică are valoare atât pentru terapeut, cât şi pentru client. Anei i s-a dat feedback privitor la mişcările observate ale degetului, levitaţia braţului şi scrierea automată a datei. I s-a spus că aceasta este o indicaţie pozitivă a succesului şedinţei terapeutice şi că orice experienţă negativă poate avea efect pozitiv pe termen lung.

Tema pentru casă

A fost apoi sugerată următoarea temă pentru casă :

> Atunci când este confortabil pentru tine poți găsi un loc relaxant şi te poți uita la mâna ta dreaptă lăsând-o să se ridice, închizând ochii pe măsură ce acest lucru se întâmplă şi mergând până în momentul în care problema ta este rezolvată... Trăieşte acest moment viitor şi atunci când te simți bine şi ai încredere că munca ta interioară poate permite ca acest lucru să se întâmple freacă degetul mare de cel arătător şi deschide ochii. Poți face asta acum.

Ana a învăţat o abordare auto-hipnotică pe care o poate utiliza într-un mod pozitiv şi direcţionat spre scop (Alman şi Lambrou, 1997) nu numai pentru a-şi îmbunătăţi relaţiile, ci şi pentru alte probleme.

Regresia pozitivă

La finalul şedinţei de terapie a fost realizată o regresie pozitivă :

> Intră în mintea ta şi întoarce-te la perioada în care aveai 8 ani sau erai şi mai mică şi găseşte câteva experiențe pozitive... Atunci când ai găsit acele experiențe pozitive lasă sentimentele tale să plutească prin întregul tău corp... devenind din ce în ce mai puternică cu fiecare respirație... aşa este foarte bine, trăieşti ceva un pic diferit acum?... Acele sentimente pozitive se văd cu adevărat acum pe fața ta... Atunci când sunt cu adevărat puternice freacă degetul mare de cel arătător... astfel ca, în viitor, atunci când doreşti să accesezi acele sentimente pozitive tot ce ai de făcut este să freci degetul mare de cel arătător aşa cum faci acum... Acum, pe măsură ce număr de la 5 la 22,

găseşti experiențe pozitive la fiecare vârstă prin care treci... Iar când ajungi la 22, ochii tăi se deschid în anticiparea faptului că foloseşti acum activ toate resursele tale de vindecare pentru a-ți rezolva problemele şi ceva din tine ştie că poate continua să vindece creativ întregul, nu trebuie să faci nimic... La momentul potrivit în timpul zilei atunci când ai nevoie vei lua o pauză?

Reorientarea spre prezent

Aceasta a fost o parte din pregătirea pentru finalizarea şedinţei de terapie şi reîntoarcerea la viaţa de zi cu zi. Au fost folosite o serie de tehnici pentru a ne asigura că Ana s-a reorientat către prezent. Acestea au inclus rugămintea ca ea :

- să descrie încăperea ;
- să descrie cum va merge acasă după terminarea şedinţei de terapie ;
- să menţină orientarea prezentă pozitivă şi să lase la o parte toate imaginile negative care i-ar putea veni în minte ;
- să aştepte cu nerăbdare restul zilei ;
- să descrie tema ei de casă.

Opt luni mai târziu Ana a spus că şedinţa de hipnoză a ajutat-o să-şi gestioneze relaţiile, precum şi alte chestiuni din viaţa ei.

Rezumat

Este important de notat că terapeutul a avut o „hartă de lucru” legat de şedinţa de hipnoterapie, deşi ar trebui subliniat faptul că aceasta a fost privită doar ca un ghid general şi aproximativ, unele din aspectele importante ale terapiei fiind creativitatea şi utilizarea. A fost adoptată o abordare integrativă, încorporând

strategii cognitiv-comportamentale şi strategii generice dinamice (Hawkins, în curs de publicare). Abordarea generică a fost cea umanistă şi fenomenologică, fără interpretare sau diagnostic.

Terapeutul a ajutat la facilitarea procesului de „căutare inconştientă" atât a „vindecătorului interior", cât şi în ceea ce priveşte dinamica reprimată aflată la bază care menţinea simptomul şi împiedica găsirea unei soluţii. Abordarea clinică adoptată a fost democratică şi colaborativă, implicând alegerea şi auto-determinarea, pacientul şi terapeutul lucrând împreună pentru găsirea soluţiei. Acest punct de vedere promovează ideea că pacientul are resurse conştiente şi inconştiente care sunt disponibile, dar are nevoie de ajutor din partea unui facilitator. De asemenea implică faptul că persoana participă la propria boală şi ca urmare la propria sănătate printr-o combinaţie de factori mentali, fizici şi emoţionali.

Abordarea hipnoterapeutică generală a fost influenţată de munca lui Erickson şi Rossi, deşi şi-au adus o contribuţie semnificativă şi teoriile, practica şi cercetările din psihoterapia generică ; de exemplu, importanţa dezvoltării unei relaţii bazate pe încredere şi insuflarea speranţei şi optimismului.

În următoarele trei capitole tehnicile clinice şi abordările discutate până în acest punct vor fi aplicate în prelucrarea unui număr de probleme specifice legate de stres.

Capitolul 6

Tratamentul problemelor specifice (1)

Într-un film recent, *Jurnal pe motocicletă*, este surprinsă călătoria lui Che Guevara prin America Latină, pe o motocicletă veche. Drumurile erau în stare foarte proastă, pline de găuri şi obstacole, astfel încât era inevitabil ca anumite părţi ale motocicletei să nu se desprindă şi să cadă din cauza zdruncinului continue. Când s-a întâmplat acest lucru, Che şi-a reparat iniţial motocicleta fixând părţile înlocuite cu nituri sau şuruburi. Dar reparaţiile pe care le-a făcut nu au durat prea mult, pentru că erau prea rigide şi s-au stricat curând. După ce şi-a reparat de mai multe ori motocicleta în acest fel, a decis să adopte o strategie diferită. În loc de reparaţiile rigide cu nituri şi şuruburi a folosit bucăţi vechi de sârmă. Atunci când motocicleta dădea într-o groapă, părţile înlocuite se îndoiau fără să se mai rupă!

Introducere

Multe disfuncţii sunt adesea asociate sau exacerbate de stresul psihosocial. Există multe situaţii psihosociale care pot da naştere unei anxietăţi acute, aşa cum sunt intervenţiile chirurgicale şi dentare, examinarea ginecologică, situaţiile dificile din familie şi de la locul de muncă. Există tot mai multe dovezi

ale faptului că hipnoza poate fi utilă în tratamentul unei game largi de probleme legate de stres, incluzând :

- anxietatea (Barier *et al.*, 1999) ;
- dependenţele (Green, 1999 ; Medd, 2001) ;
- obezitatea şi tulburările de comportament alimentar (Erickson, 1960 ; Hammond, 1990a ; Young, 1995 ; Degun-Mather, 1995, 2003 ; Evans, Coman, Burrows, 1997) ;
- probleme cardiovasculare şi hipertensiune (Crasilneck, Hall, 1985 ; Milne, 1985) ;
- sistemul imunitar şi cancerul (Spiegel, Bloom, Kramer, Goutheil, 1989 ; Walker, 1992, 1998 ; Wlaker, Johnson, Eremin, 1993 ; Walker *et al.*, 1999 ; Walker, Eremin, 1995) ;
- probleme dermatologice (Price, Mottahedin şi Mayo, 1991 ; Ewin, 1982) ;
- probleme gastrointestinale (Whorwell, Prior şi Faragher, 1984 ; Harvey, Hinton, Gunary, Barry, 1989 ; Whorwell, 1991 ; Gonsalkorale, Houghton, Whorwell, 2002 ; Gonsalkorale, Miller, Afzal, Whorwell, 2003 ; Simren, Ringstrom, Bjornsson, Abrahamsson, 2004) ;
- disfuncţii sexuale (Bakich, 1995 ; Hawkins, 1996, 1997b) ;
- tulburări de somn (Hearne, 1993 ; Kingsbury, 1993 ; Hawkins, Polemikos, 2002) ;
- probleme respiratorii (Wilkinson, 1988) ;
- durerea cronică (Hilgard, Hilgard, 1994 ; Jack, 1999 ; Williamson, 2002) ;
- cefaleea (Alladin, 1988) ;
- tinitusul (Karle, 1988).

Hammond (1990a), Heap şi Aravind (2001) şi Barabasz şi Watkins (2005) au propus câteva treceri în revistă ale problemelor specifice medicale, dentare şi psihologice. În acest

capitol sunt examinate câteva probleme specifice legate de tratamentul hipnotic. Intenţia nu este aceea de a furniza analiză exhaustivă, ci de a furniza suficiente informaţii astfel încât clinicianul să realizeze intervenţii terapeutice adecvate pentru problemele medicale, psihologice şi comportamentale legate de stres. Trebuie să ne amintim că este extrem de important ca înainte de a realiza o intervenţie hipnotică cu pacientul să fie realizate toate examinările necesare de către specialişti ; de exemplu, dacă tratăm un pacient pentru cefalee persistentă trebuie realizate toate examinările neurologice necesare, iar rezultatele trebuie evaluate. Nu mai este necesar să spunem că trebuie să păstrăm legătura cu specialiştii din alte domenii.

Pentru tratamentul oricăror probleme este recomandat să se realizeze întărirea eului în primele şedinţe de terapie, la începutul şi la sfârşitul fiecărei şedinţe. Intervenţiile de întărire a eului pot fi generice (de exemplu, vezi intervenţiile din capitolul 4) sau construite pentru problema specifică a pacientului. Toate problemele pot fi abordate, cel puţin iniţial, ajutând pacientul să îşi găsească resursele interioare sau pe baza abordării hipnoterapeutice a lui Rossi.

Intervenţia 33. Găsirea resurselor interioare

Închide ochii... Intră în mintea ta pentru a găsi toate acele resurse de vindecare interne pe care le poți folosi pentru a-ți rezolva problema... Ştii deja că ai soluțiile pentru problema ta şi că o înțelegere conştientă sau inconştientă a experiențelor legate de problemă te poate ajuta să găseşti şi să utilizezi acele resurse acum şi în viitor... Atunci când mintea ta inconştientă ştie că ai acele resurse mă întreb dacă vei observa acest lucru ca o senzație sau o mişcare într-unul din degetele tale sau într-o mână?... Când poți lăsa acele resurse să curgă liber spre acea parte a corpului şi minții tale...vindecând partea

ta vătămată până la funcționarea optimă?... Ştii că acest proces de vindecare va continua încă mult timp după ce ai plecat de aici şi în viitor... Chiar şi atunci când dormi... Când ştii cu adevărat că acest lucru se întâmplă de la sine, ochii tăi se vor deschide, regăsindu-te în starea de veghe, simțindu-te împrospătat şi alert?

Uneori, pacienţii spun că „nu pot găsi nici o resursă interioară", chiar şi atunci când li se cere să semnalizeze ideodinamic cu degetul. În aceste situaţii este important ca terapeutul să indice faptul că resursele vor fi disponibile ceva mai târziu.

Intervenţia 34. Găsirea resurselor interioare : însămânţarea

Deşi resursele s-ar putea să nu fie disponibile pentru tine chiar acum, poți lăsa mintea ta inconştientă să continue să caute acele resurse interioare... Chiar dacă nu realizezi acest lucru chiar acum... ştiind că mai devreme sau mai târziu vei găsi aceste resurse şi că acest proces de căutare va continua în mintea ta suficient timp după ce pleci de aici astăzi, chiar dacă nu eşti conştient că acest lucru se întâmplă... Poți să-ți descoperi resursele interioare în timp ce dormi, poate mai târziu în cursul zilei de azi, într-un vis... Aceasta se poate întâmpla în noaptea aceasta sau mâine noapte şi aş fi surprins dacă nu ai afla ceva înainte de finalul sfârşitului de săptămână... Doar aşteptând ca acest lucru să se întâmple, fără să faci nimic acum decât să te încrezi în mintea ta inconştientă pentru a continua procesul natural de vindecare... întrebându-te când vei observa resursele tale interioare pentru a gestiona problemele tale legate de stres.

Intervenţia 35. Intervenţie hipnotică generală pentru probleme medicale

> Închide ochii şi intră în mintea ta... Găseşte toate resursele tale vindecătoare... Lasă energia vindecătoare să plutească în jurul corpului tău, intrând profund în fiecare celulă...vindecând şi restaurând fiecare celulă până la funcționarea optimă... curgând fără efort prin întregul tău corp... Poate există o parte a corpului tău care ar dori să primească această dragoste specială, această energie vindecătoare chiar acum... Permite energiei vindecătoare să se îndrepte spre acea parte a corpului tău... Îndepărtează tot disconfortul... şi refă acele celule pentru funcționare optimă... Lasă procesul să continue mult timp după ce ai plecat de aici... chiar şi în timp ce dormi mai târziu în noaptea aceasta.

Intervenţia de mai sus este utilă, de asemenea, ca procedură auxiliară cu pacienţii care sunt sub tratament medical convenţional, de exemplu, chimioterapie sau dializă.

Intervenţia 36. O şedinţă hipnoterapeutică completă prin folosirea întrebării de accesare bazală (adaptat după Rossi, 1996, p. 194)

Pacientul începe şedinţa de terapie cu mânile întinse şi palmele îndreptate una spre cealaltă :

> Atunci când mintea ta internă este gata să îți rezolve problema, mânile tale se vor împreuna pentru a semnaliza că da?... Sau se vor depărta indicând că mintea ta inconştientă nu este încă pregătită pentru a lucra cu această problemă anume, ci poate cu o altă problemă?... Când mintea ta inconştientă poate recunoaşte toate acele amintiri, senzații, emoții şi experiențe legate de problema aleasă, una din mânile tale va coborî încet

de la sine spre piciorul tău?... Atunci când mâna atinge piciorul, cealaltă mână va coborî, iar mintea ta inconştientă poate folosi toate acele opțiuni pentru a rezolva problema acum şi în viitor?... Atunci când mintea ta inconştientă ştie că poate continua această vindecare interioară în viitor, chiar şi atunci când dormi, vei deveni tot mai alert pe măsură ce revii din nou în această încăpere?

Trainingul autogen

Deşi trainingul autogen nu este o abordare hipnotică propriu-zisă este similară cu una în anumite privinţe, fiind inclusă aici datorită utilităţii sale în multe situaţii legate de stres. O examinare detaliată a metodelor folosite curent poate fi găsită în Schultz şi Luthe (1969, p. 73). Intervenţia de mai jos combină mai multe exerciţii standard descrise de Schultz şi Luthe.

Intervenţia 37. Training autogen modificat pentru gestionarea generică a stresului

Fii conştient de respirația ta, urmărind trecerea aerului în sus prin nasul tău, înăuntru şi apoi din nou în afară... Data viitoare când respiri roteşte-ți ochii sub pleoapele închise dacă ei sunt deja închişi, lăsând pleoapele să se relaxeze până la punctul la care simți că nu le mai poți deschide... Lasă acest sentiment de relaxare şi pace să se scurgă până în vărful degetelor tale de la picioare... Spune-ți că „piciorul meu drept este cald şi greu” (repetă de câteva ori)... observând cum piciorul tău drept devine cald şi greu... iar acum spune-ți „piciorul meu stâng este cald şi greu” (repetă de câteva ori)... observând cum ambele picioare devin calde şi grele... Spune-ți că „ambele mele picioare sunt calde şi grele”... lăsând acea greutate şi căldură să se

răspândească prin picioarele tale, îndepărtând stresul rezidual şi tensiunea pe măsură ce picioarele tale devin calde şi grele... Spune-ți „picioarele mele sunt calde şi grele” (repetă de câteva ori)... lăsând căldura şi greutatea să se răspândească fără efort în abdomenul tău şi spune-ți „abdomenul meu este cald şi greu” (*nu se sugerează acest lucru femeilor însărcinate*). (*Se fac acum sugestii similare, în mod progresiv, pentru întregul corp, şi anume pentru piept, umeri, brațe şi mâini, gât şi față.*) Corpul tău este acum cald, greu şi relaxat... Spune-ți „corpul meu este cald, greu şi relaxat”... lăsând fruntea ta să se răcorească atât cât să te simți confortabil. Spune-ți „corp cald şi greu, frunte răcorită într-o zi caldă de vară, mă simt în pace”... Poți rămâne în această stare de pace atât cât este necesar. Poți face acest lucru pentru tine oricând e posibil şi simți nevoia.

Încă o dată trebuie subliniat că intervenţia de mai sus este foarte prescurtată şi trebuie adaptată de clinician pentru a satisface cerinţele unei anumite situaţii.

Mai jos sunt prezentate o serie de probleme specifice legate de stres. Deşi pacienţii vor fi trataţi diferit funcţie de mai mulţi factori – de exemplu, natura problemei, suportul social disponibil, gradul de cronicitate, tratamentele anterioare şi aşa mai departe –, cazurile discutate mai jos sunt un fel de matrice clinice pentru munca cu pacienţii „în general”.

Anxietatea

Probabil cei mai mulţi pacienţi stresaţi se simt anxioşi. Oamenii experimentează probabil stări mai crescute de anxietate sau atacuri de panică atunci când nivelele lor generale de stres sunt mai mari (Hollander, Simeon, Gorman, 1994). Aceasta se poate întâmpla în relaţie cu numeroase situaţii, precum anxietatea legată de performanţă de lucru, comportamentul sexual,

examenele şcolare, intervenţiile chirugicale, injecţiile, naşterea unui copil, relaţiile, interviurile, situaţiile specifice (de exemplu, fobia de dentist) etc. Nivelul anxietăţii a crescut în societatea contemporană din cauza creşterii numărului de decizii care trebuie luate (Schwartz, 2005), dar şi a presiunii timpului şi a goanei după finanţele necesare pentru un stil de viaţă echilibrat şi sănătos (intervenţia 38). Influenţa reclamelor şi mass-mediei are un rol important în creşterea nivelului de stres şi anxietate, prin ridicarea expectanţelor oamenilor referitoare la achiziţia bunurilor materiale, adoptarea unor stiluri de viaţă tentante şi atingerea unei forme corporale ideale. Această concentrare pe consumerism şi pe „cultul celebrităţii" este endemică în societăţile vestice şi contribuie la augmentarea problemei stresului şi nefericirii. În consecinţă consilierea şi psihoterapia sunt adesea „medicamentele prescrise" pentru problemele de viaţă.

Adesea, în prelucrarea hipnoterapeutică a anxietăţii sunt suficiente abordările deja prezentate în capitolele anterioare ale cărţii, şi anume combinaţia de relaxare, întărire a eului, stabilirea scopurilor, gestionarea timpului şi planificarea acţiunii. Acestea pot fi completate de utilizarea integrativă a abordărilor hipnoanalitice. Multe dintre abordările pentru întărirea eului descrise în capitolul 4 sunt utile pentru gestionarea stresului/anxietăţii, asemenea altor intervenţii generale prezentate în carte, cum este relaxarea prin respiraţie (intervenţia 45), sfera de lumină (intervenţia 47), duşul magic (intervenţia 48) şi floarea magică (intervenţia 49).

Intervenţia 38. Gestionarea echilibrului muncă/viaţă

Atunci când eşti pregătit să treci în revistă felul în care îți petreci timpul, lasă-ți ochii să se închidă... vei ridica un braț pe măsură ce mintea ta inconştientă trece în revistă felul în care îți petreci

timpul în raport cu aspectele importante din viața ta... munca ta... relațiile tale personale... timpul tău liber... trăind toate acele senzații, emoții, gânduri, imagini şi amintiri ... cu felul în care îți trăieşti viața?... Atunci când ştii că poți folosi toate aceste lucruri nou-descoperite, brațul tău va pluti de la sine?... Aşa este foarte bine!... Foloseşte toate aceste învățături pentru a găsi soluții la problemele din viața ta chiar de acum. Atunci când ştii că aceste schimbări au loc în tine, în ceea ce priveşte prioritizarea scopurilor şi activităților, brațul tău va coborî pentru a se odihni confortabil pe piciorul tău astfel ca ochii tăi să se deschidă încet? Adesea, aceste schimbări apar destul de imperceptibil, aşa cum gheața se topeşte treptat şi devine apă, iar apa se poate încălzi tot mai mult fără să existe alte schimbări decât temperatura ei şi numai când apa ajunge la 100 de grade ea se schimbă în abur... Te întrebi dacă vei avea un vis important mai târziu în cursul zilei de astăzi care îți va spune ceva semnificativ despre felul în care îți conduci viața şi despre schimbările pozitive care se realizează profund în interiorul tău chiar acum fără să observi până când ele se întâmplă.

Există multe abordări pentru facilitarea procesului de luare a deciziilor pentru pacienţi. Una pe care am utilizat-o în mai multe ocazii este „consilierul interior" sau „animalul prietenos" (vezi intervenţia 17 din capitolul 4). Pacientul întâlneşte animalul său prietenos şi îl lasă să ia decizia. Una dintre pacientele mele nu se putea decide dacă să îşi părăsească partenerul, iar acest lucru îi provoca stres şi anxietate. Ambii parteneri au fost consiliaţi, dar abordarea a rămas fără succes. În şedinţa de hipnoză, „o pisică prietenoasă" i-a spus pacientei să îşi părăsească partenerul şi pacienta a avut încredere că această decizie este corectă. Şi-a părăsit partenerul la câteva zile după şedinţa de terapie şi la şedinţa de urmărire după un an a spus că nu regretă că a luat această decizie. O altă abordare utilizând abordarea ideodinamică este prezentată mai jos.

Intervenţia 39. Luarea deciziilor

Iniţial sunt stabilite semnalele „da" şi „nu", apoi i se cere pacientului să spună dacă este pregătit pentru a lua decizia (vezi capitolul 5 pentru mai multe informaţii legate de semnalizarea ideomotorie). Dacă este furnizat un semnal „da", terapeutul poate proceda astfel :

Concentrează-ți mintea asupra părăsirii partenerului, lăsându-ți mintea inconştientă să proceseze toate acele amintiri, experiențe, motivații şi sentimente legate de această posibilitate... Nu trebuie să ştii nimic la nivel conştient... Atunci când acest lucru se întâmplă, astfel încât să poți afla ceva din această experiență, una din mânile tale se va ridica?... Este bine! Acum concentrează-te asupra posibilității de a sta cu partenerul... lăsându-ți mintea inconştientă să proceseze toate acele experiențe, amintiri, speranțe şi aspirații legate de această posibilitate... Când ştii că poți folosi aceste experiențe şi lucruri învățate, se va ridica cealaltă mână? (*Acum pacientul are un model de reprezentare a celor două direcții de acțiune*.) Încearcă să laşi mintea ta inconştientă să ia o decizie în legătură cu problema ta... Poate acum sau mai târziu, în cursul unui vis... sau într-o altă zi... sau dacă se poate chiar acum, una din mânile tale se va ridica de la sine ca recunoaştere a faptului că a fost luată decizia?... Aşa este foarte bine!... Mintea ta inconştientă a indicat... etc.

Dacă nu se înregistrează mişcări ideodinamice aceasta poate indica faptul că pacientul nu este pregătit să ia decizia sau că există şi alte soluţii în afara celor propuse.

Mintea ta inconştientă poate continua să treacă în revistă toate experiențele legate de această problemă din viața ta, având încredere că poți învăța din acest proces de vindecare interioară... Atunci când eşti pregătit să utilizezi aceste lucruri noi,

poți afla în cursul unui vis sau într-o altă zi ceea ce ai nevoie să ştii legat de această relație din viața ta... Vei fi surprins atunci când acest lucru se întâmplă... mai devreme sau mai târziu... Poate în noaptea aceasta sau poate după această săptămână ori în următoarea... Atunci când ne vom întâlni la următoarea şedință de terapie, vei avea ceva important să îmi spui?

Cele două cazuri descrise mai jos reprezintă o îmbinare a abordărilor strategice şi dinamice şi ilustrează o serie de tehnici hipnoterapeutice pentru gestionarea fobiilor generale interpersonale şi sociale, precum şi a fobiilor specifice (de exemplu, fobia de lift, de înălţime, de animale).

Studiul de caz 2. Fobia de lift

Pacienta era o studentă la psihologie de 22 de ani, din Portugalia (Sonia), care s-a oferit voluntar pentru un curs de hipnoză pe care l-a urmat în Finlanda. Nu avea experienţă cu hipnoza în afară de implicarea într-un grup de hipnoză ceva mai devreme în timpul cursului. Un scurt interviu a scos la iveală următoarele informaţii : că îi era teamă dintotdeauna să folosească liftul şi că acest lucru prezenta multe inconveniente pentru ea. Întotdeauna folosea treptele chiar şi atunci când era vorba de multe etaje de urcat. În situaţiile când Sonia a fost obligată să ia liftul, a avut emoţii considerabile, a plâns şi a trăit o teamă puternică, care au durat ceva vreme după eveniment. Nu mai fusese tratată pentru această problemă. I s-a explicat că are resursele pentru rezolvarea problemei şi că la finalul şedinţei de terapie va putea lua liftul pentru a merge la parterul clădirii. Terapeutul a menţionat de asemenea că tratase cu succes o altă studentă din Portugalia de la aceeaşi universitate care avusese o problemă similară şi că Sonia putea înregistra aceeaşi reuşită.

Explorarea ideodinamică

A fost luată decizia de explorare ideodinamică, împreună cu întărirea eului şi stabilirea scopurilor, aşa cum a fost subliniat în capitolul 4. Iniţial au fost stabilite semnalele degetelor „da" şi „nu" şi Soniei i s-a cerut să se imagineze având problema pe un ecran de televizor (pentru a creşte disocierea, astfel încât orice reacţii negative să fie evitate) :

> Te vezi având această problemă pe un ecran de televizor... Anunță-mă dând din cap dacă acest lucru se întâmplă... Poți trăi senzații, gânduri şi sentimente în timp ce faci acest lucru, dar ele vor fi minime şi nu te vor deranja prea mult... Atunci când ştii că ai resursele pentru a rezolva această problemă din viața ta, mintea ta inconştientă va mişca unul dintre degetele tale?

Un deget s-a mişcat şi acesta a fost desemnat degetul „da". Terapeutul a continuat :

> Te vezi încă o dată având problema pe ecranul televizorului şi atunci când ştii că poți spune nu acestei probleme, se va mişca un alt deget?

Un deget s-a mişcat şi acesta a fost desemnat degetul „nu".

> Te vezi încă o dată având problema pe ecranul televizorului... Te rog să întrebi mintea ta inconştientă dacă există vreo experiență despre care trebuie să ştii pentru a-ți rezolva problema?

S-a mişcat degetul „da" indicând că aşa era.

> Lasă mintea ta inconştientă să găsească o experiență din viața ta care este legată de problemă. Atunci când aceasta este

găsită, va mişca mintea ta inconştientă degetul da?... Chiar dacă nu ştii în mod conştient care este această experiență.

Degetul „da” s-a ridicat din nou, indicând că acea experienţă a fost găsită.

Şi acum lasă mintea ta inconştientă să treacă prin această experiență de la început până la sfârşit... Atunci când această etapă s-a încheiat, se va ridica degetul tău „nu”.

S-a ridicat degetul „nu”.

Te vezi din nou pe ecranul televizorului. Mai există şi o altă experiență pe care trebuie să o ştii fie în mod coştient, fie inconştient pentru ca să intri în viitor fără această problemă?

După un timp s-a ridicat degetul „da”.

Chestionarea recursivă cu ajutorul degetului şi progresia

Procedura detaliată mai sus, implicând accesul la un eveniment cauzal, a fost apoi repetată. Următoarea dată când Sonia a fost întrebată dacă mai erau şi alte evenimente despre care trebuia să ştie a apărut răspunsul „nu”. Apoi a fost rugată să meargă spre viitor cu soluţiile inconştiente pe care le-a descoperit şi să se vadă pe ecranul televizorului intrând într-un lift, în timp ce se simte calmă şi confortabil. A făcut acest lucru fără dificultate. În timp ce făcea acest lucru, terapeutul a relatat grupului detalii legate de un caz similar implicând o femeie tânără din aceeaşi universitate. Li s-a spus că imediat după şedinţa de terapie studenta a luat liftul şi a mers sus şi jos de mai multe

ori fără probleme. Aceste comentarii nu erau în mod special direcţionate către Sonia, dar în mod inevitabil ea ascultase povestea (această abordare este similară cu tehnica „prietenul meu John” folosită de Erickson şi descrisă în capitolul 3).

Testarea realităţii

Apoi terapeutul a însoţit-o pe Sonia până la liftul de pe coridorul unde se afla sala de curs şi ea a putut intra în lift şi merge sus şi jos cu liftul fără probleme majore. A existat bineînţeles o oarecare teamă iniţială, dar aceasta a fost curând urmată de surpriza faptului că şedinţa de terapie a fost atât de eficace. Apoi a fost rugată să scrie câteva comentarii despre impresiile ei din timpul şedinţei de terapie, comentarii care sunt reproduse mai jos :

> Înainte de şedința de hipnoterapie încercasem de multe ori în cursul ultimilor doi ani să intru în lift, dar fără succes. Nu ştiu de ce am această problemă, deşi explicația mea este aceea că atunci când eram copil obişnuiam să mă uit la filme de groază şi aceasta ar putea avea ceva de-a face cu problema mea! Nu merg niciodată cu liftul, chiar dacă trebuie să urc până la etajul 12 al unei clădiri. Întotdeauna urc pe scări. Adesea, acesta este un mare inconvenient, dar simt că nu am de ales. Încă de când am venit în Finlanda ca studentă am încercat de câteva ori să mă urc în lift împreună cu câte un prieten. Dar de ambele dăți când am făcut asta corpul meu a început să tremure şi am intrat în panică. Când am început cursul de hipnoză la universitate am aşteptat cu nerăbdare să învăț câte ceva, dar nu m-am gândit niciodată că voi încerca hipnoza. Un lucru curios este acela că în cursul acestei săptămâni m-am gândit să iau legătura cu un psiholog care să mă ajute să îmi rezolv problema. Primul curs de hipnoză la care am participat mi-a creat o impresie foarte favorabilă. În următoarea zi, o studentă care avea fobie

de păianjeni s-a oferit voluntară pentru a lucra cu problema ei în fața întregii clase. Terapia ei a părut să meargă bine şi ea a prezentat o serie de comportamente ideodinamice excelente şi a putut să se vadă în viitor fără problemă. În acel moment am simțit că puteam face acelaşi lucru, aşa că m-am oferit voluntară. În timpul hipnoterapiei am devenit destul de emoționată şi aveam lacrimi în ochi. Am fost fericită să fiu „vindecată", dar n-am crezut cu adevărat că acest lucru se poate întâmpla. La sfârşitul şedinței de terapie m-am simțit cu adevărat foarte bine şi terapeutul m-a invitat să iau liftul, care era foarte aproape. Mi-era încă un pic teamă, dar am făcut-o. De două săptămâni folosesc liftul universității fără nici o problemă şi ieri am mers cu liftul într-un magazin mare. Mă aştept ca în viitor să nu mai am nici un fel de probleme.

Şedinţa de urmărire

Şedinţa de urmărire la interval de 3 luni a arătat faptul că Sonia a continuat să meargă cu liftul fără prea mult stres, deşi prefera să fie însoţită de prieteni. A scris un raport personal despre experienţa ei şi ultimele cuvinte din acest raport au fost : „Acum nu mai am fobii şi sunt liberă să fac ce vreau în viaţă deoarece nu se va mai întâmpla nimic rău ! ". Şedinţele de urmărire de la 6 şi 12 luni au arătat că din cauza slujbei pe care o avea Sonia mergea zilnic cu liftul fără nici un fel de problemă.

Studiul de caz 3. Tratament într-o şedinţă pentru fobia de dentist

În faza iniţială a fost important de stabilit o alianţă şi o relaţie caldă bazată pe încredere. Alte sarcini, care au fost deja discutate în capitolul 3, au inclus :

- anamneza ;
- definirea problemei ;
- definirea scopului terapeutic, care trebuia să fie realist şi pragmatic pentru pacient ;
- promovarea speranţei pentru viitor prin utilizarea limbajului pozitiv şi optimist.

S-a stabilit că pacienta (Cristina) avea o fobie de dentist. Oricând se gândea să meargă la dentist şi mai ales dacă se gândea la scaunul stomatologic avea un puternic sentiment de anxietate cu modificări fiziologice concomitente. În plus, Cristinei îi era teamă de analgezia locală care s-ar fi putut să nu fie suficientă pentru gestionarea durerii, caz în care ar fi putut fi necesar un analgezic suplimentar. A fost negociat scopul terapeutic şi am căzut de acord că un scop realist pentru Cristina era acela de a putea merge la dentist fără să aibă aceste sentimente negative puternice.

Demonstraţia de hipnoză

Pregătirea pentru şedinţa de terapie principală a constat mai ales în demonstraţia de hipnoză şi stabilirea răspunsurilor ideodinamice prin utilizarea degetului. Cristina a fost informată în legătură cu procedura hipnotică şi i s-a dat ocazia de a pune întrebări. Această procedură a sprijinit depăşirea rezistenţelor şi a reîntărit dezvoltarea alianţei terapeutice.

> Fii conştientă de respirația ta, imaginându-ți că, pe măsură ce expiri, dai afară tot stresul rezidual din corpul tău... Data viitoare când inspiri, inspiră profund... ține-ți respirația puțin... Pe măsură ce expiri întregul tău corp devine complet amorțit şi relaxat... ca o păpuşă de cârpă... Nu trebuie să faci nimic acum decât să te

relaxezi şi să te bucuri de aceste sentimente de pace şi de aceste senzații... Lasă-ți corpul şi mintea să plutească... Pe măsură ce continui să te bucuri de aceste senzații de plutire poți observa cum una din mânile tale devine mai uşoară... tot mai uşoară... plutind în aer pe măsură ce senzațiile se topesc treptat, lăsând ca mâna ta să devină în final complet amorțită... Atunci când vrei, un deget de la cealaltă mână se mişcă de la sine... şi nu trebuie să faci nimic decât să laşi ca acest lucru să se întâmple.

S-a mişcat un deget de la mâna stângă a Cristinei, indicând că mâna ei dreaptă era acum amorţită. Apoi i s-a cerut să lase mâna şi braţul ei să plutească în jos, până când au atins piciorul, deschizând ochii pentru a se uita la braţ şi păstrând senzaţiile. Apoi Cristinei i s-a spus că dacă putea face astfel încât mâna să amorţească, înseamnă că putea face acelaşi lucru şi cu gura atunci când se relaxează pe scaunul stomatologic.

Peste câteva momente, când voi număra de la unu la şase, se vor întoarce senzațiile normale în mâna şi brațul tău?... Ştii că ai capacitatea şi resursele interioare pentru a lăsa brațul tău să devină din ce în ce mai uşor şi să pierzi aceste senzații... o capacitate pe care o poți folosi pentru a te descurca cu problemele la dentist... dar utilizează această resursă numai atunci când eşti în siguranță şi când este potrivit să o foloseşti pentru sănătatea şi starea ta de bine.

A urmat o scurtă discuţie legată de şedinţa de hipnoză. Apoi, Cristina a fost rugată să îşi privească mâna şi să observe ce s-a întâmplat. Mâna Cristinei începuse să se ridice în aer şi Cristina a privit-o cu mare surprindere ! De asemenea a permis mâinii să amorţească, demonstrând astfel că poate controla în întregime fenomenul. A numărat singură de la unu la şase şi când a ajuns la şase senzaţiile normale au revenit.

Mai departe hipnoza a fost indusă astfel :

Închide ochii şi mergi înapoi la acea experienţă de care te-ai bucurat cu câteva momente în urmă, lasă să se întâmple acest lucru... Nu trebuie să faci nimic ca să se întâmple... Ai o amintire în mintea ta inconştientă şi în corpul tău legat de tot ceea ce s-a întâmplat... Şi acum lasă mintea ta inconştientă să meargă înapoi la un moment din viaţa ta în care te-ai simţit sigură pe tine, aveai sentimente pozitive legat de tine... Lasă aceste sentimente asociate să devină din ce în ce mai puternice... Ştii că la un nivel sau altul poţi folosi aceste resurse pozitive pentru a te descurca cu problemele actuale şi viitoare din viaţa ta.

Semnalizarea ideodinamică

Această procedură de întărire a eului a fost legată de dezvoltarea semnalelor ideodinamice cu folosirea degetului.

Atunci când mintea ta inconştientă ştie că are resursele pentru a-ţi permite să te simţi aşa cum te simţi acum oricând doreşti, chiar şi atunci când eşti aşezată pe scaunul stomatologic, mintea ta inconştientă va mişca unul din degetele tale... Poate de la mâna ta dreaptă... sau poate de la mâna ta stângă... Aşteaptă doar să vezi care se va ridica primul. Te întrebi care deget se mişcă primul de la sine... Nu trebuie să faci nimic pentru ca acest lucru să se întâmple... Poţi observa la început o senzaţie la vârful degetului sau pe dosul mâinii tale... o modalitate pentru a pregăti degetul să se mişte... mai devreme sau mai târziu (*după scurt timp un deget s-a ridicat*). Şi acest deget poate fi degetul tău „da”, astfel că mintea ta inconştientă poate comunica un „da” prin mişcarea acestui deget atunci când este potrivit să facă acest lucru mai târziu în timpul şedinţei de terapie.

După stabilirea semnalului „da”, a fost stabilit semnalul „nu” cu ajutorul degetului, în următoarea manieră :

> Şi acum, Cristina, te rog să îţi imaginezi că ai în faţa ta un televizor care are toate butoanele obişnuite pentru sunet şi luminozitate, precum şi butoane de control a sentimentelor. Şi poţi roti aceste butoane de control a sentimentelor, astfel încât sentimentele pe care le trăieşti să crească sau să scadă în intensitate. Pe masă există o casetă video care se numeşte „Vizita mea la dentist”... Te rog să te uiţi la această casetă, dar înainte de a o face lasă-te să devii tot mai calmă şi relaxată... şi acum urmăreşti caseta fiind calmă şi relaxată ştiind că te poţi simţi astfel şi în viitor... şi atunci când mintea ta inconştientă ştie că poate spune nu problemei pentru care te afli aici, atunci un alt deget se va mişca, poate de la aceeaşi mână sau poate de la cealaltă mână... Aşteaptă să se întâmple acest lucru... aşa este foarte bine!

Terapeutul a aşteptat până când s-a mişcat un alt deget şi acesta a fost desemnat ca fiind degetul „nu”.

Imaginarea datei „vindecării”

Astfel au fost stabilite semnalele ideodinamice în contextul întăririi eului. Acestea au fost apoi folosite pentru chestionarea ideodinamică, astfel încât să permită pacientei să acceseze experienţele care erau dinamic legate de fobia de dentist. Aceste experienţe au fost accesate şi trecute în revistă „inconştient” şi recursiv până când a apărut semnalul „nu”, punct în care pacienta a fost întrebată :

> Mai există şi un alt eveniment despre care este nevoie să ştii astfel încât mintea ta inconştientă să se poată îndrepta spre viitor fără problemă?

Atunci când a fost confirmat semnalul „da” terapeutul a continuat :

Lasă degetul „da” să continue să se ridice, luând cu el mâna stângă şi antebrațul... lasă-ți mâna să plutească spre viitor şi atunci când mâna ta atinge umărul, te afli pe scaunul stomatologic într-un moment viitor ştiind că poți, acum că ştii care este problema şi motivele de bază, să trăiesşti acest sentiment de calm, relaxare şi confort... Lasă această mână să scrie data la care poți face acest lucru... Scrie data pe tabla imaginară din fața ta. Şi acum laşi mâna să cadă înapoi pe piciorul tău, atât de lent cât este necesar, ştiind că deja ai soluția la problema pentru care ai venit azi aici.

Cristina a fost hipnotizată prin numărătoarea de la unu la şase. În imaginarea unei „date a vindecării”, Cristina a indicat că a identificat sursele imediate de rezistenţă. A fost accesată de asemenea capacitatea minţii inconştiente de a găsi modalităţi de atingere a scopului terapeutic, astfel continuând cu „limbajul optimist” folosit pe parcursul procedurii terapeutice.

Pacing-ul viitor

Cristina a fost rugată din nou să închidă ochii şi :

Mergi în interiorul minții tale şi găseşte acele sentimente bune pe care le-ai trăit acum câteva momente. Te poate ajuta să împreunezi degetul mare de arătător, lăsând aceste sentimente bune să îți umple întregul corp şi să difuzeze în gura şi gingiile tale... în scaunul stomatologic la un anumit moment viitor... Ştii că injecția cu analgezic va funcționa optim şi eficient... Pe măsură ce dentistul lucrează la dinții tăi şi eşti conştientă de senzațiile uşoare, dar care nu sunt deloc neplăcute... Atunci când dentistul a terminat de lucrat îți poți clăti gura, dizolvând amorțeala, lâsându-ți gura proaspătă şi simțindu-te confortabil.

Tema pentru acasă

Cristinei i s-a spus că este esenţial să continue cu terapia în confortul propriei case. I s-a dat următoarea sugestie :

> Uită-te la mâna ta şi observă ce se întâmplă (*mâna Cristinei a început să se ridice de pe piciorul ei*)... În vreme ce mâna pluteşte în sus, lasă-te să pluteşti în scaunul dentistului data următoare când mergi în viitor, astfel încât să iei cu tine în viitor toate sentimentele pozitive şi confortabile... Lasă dentistul să facă ceea ce este nevoie în timp ce trăieşti acest lucru în cel mai confortabil mod posibil... Ştii că ai resursele pentru a face acest lucru acum. Şi te poate ajuta să îți împreunezi degetul mare şi cel arătător şi să le freci uşor unul de altul până când accesezi acele sentimente confortabile atunci când este mai bine pentru tine în viitor. Acum numeri de la unu la şase... simțindu-te din ce în ce mai uşoară pe măsură ce faci acest lucru... Când ajungi la şase, pleoapele se deschid... Te simți calmă şi relaxată... Ştii că ai deprins o abilitate valoroasă pentru a-ți face viața mai confortabilă, pe care o vei folosi atunci când este adecvat şi eşti în siguranță făcând acest lucru. Şi poți face asta pentru tine acasă sau oriunde este potrivit pentru tine.

Cristina a repetat apoi cu succes exerciţiul de una singură.

Şedinţa de urmărire la şase luni a relevat faptul că Cristina a fost de două ori la dentist fără să mai experimenteze probleme profunde nici în cursul consultaţiei şi nici înainte.

Rezumat

Abordarea folosită cu Cristina demonstrează clar un număr de aspecte-cheie din abordarea hipnoterapeutică integrativă. În primul rând a fost stabilită o relaţie colaborativă în faza iniţială

a terapiei. A fost realizată o scurtă demonstraţie şi explicare a hipnozei, pacienta având ocazia de a adresa întrebări, ceea ce a gestionat eficient orice rezistenţă reziduală la procesul hipnotic. Au fost apoi stabilite semnalele ideodinamice cu ajutorul degetelor, prin folosirea metodelor de vizualizare şi întărire a eului, urmate de chestionare recursivă ideodinamică cu ajutorul degetelor. Pacienta a fost încurajată să acceseze şi să treacă în revistă evenimentele legate de problema definită în timp ce se menţinea un nivel adecvat de disociere. Atunci când mintea inconştientă a indicat că pacienta poate merge în viitor fără problemă, a apărut o progresie (levitaţia braţului) cu imaginarea datei rezolvării problemei semnalizată ideomotor (scrierea automată). Pacienta a fost apoi capabilă de inducerea „auto--hipnozei" şi imaginarea unei vizite la dentist, rămânând calmă şi simţindu-se confortabil. În cursul procedurii, terapeutul şi pacienta au colaborat, utilizând propriile experienţe trecute şi resursele vindecătoare ale Cristinei.

Renunţarea la fumat

Cercetările sugrează că există o legătură între stres şi fumat în termeni de iniţiere a fumatului, recădere şi cantitatea de ţigări fumate (Wills, 1985 ; Lichtenstein, Weiss, Hitchcock, 1986 ; Carey, Kalra, Carey, Halperin, Richard, 1993). În mod paradoxal, cercetările arată de asemenea că prin creşterea cantităţii de ţigări fumate se poate reduce eficient stresul (Perkins, Grobe, Stiller, Fonte, Goettler, 1992). Fumatul creează o dependenţă puternică şi este un obicei la care este dificil de renunţat. Persoana începe să fumeze din diverse motive, adesea în adolescenţă. Fumătorii afirmă adesea că o ţigară reduce stresul, deşi din punct de vedere fiziologic ea acţionează ca un stresor

asupra corpului. S-au făcut la ora actuală numeroase studii privind relaţia dintre stres şi dependenţă (Gottheil, 1987) şi stres, fumat şi expresia genetică (Siegfried, Bourdeau, Davis, Luketich, Shriver, 2000). În ciuda naturii dependente a fumatului şi a riscului de creştere în greutate în timpul încercărilor de renunţare la fumat, există în prezent o serie de studii care sugerează faptul că hipnoza este o metodă eficace pentru renunţarea la fumat (Pederson, Scrimjeour, Lefcoe, 1975 ; Spiegel, Spiegel, 1978/ 2004 ; Cornwell, Burrows, McMurray, 1981 ; Frank, Umlauf, Wonderlich, Ashkanazi, 1986 ; Williams, Hall, 1988 ; Green, 1996 ; Bayot, Capafons, 1997).

Programul pentru renunţarea la fumat (Lynn, Neufeld, Rhue, Matorin, 1994)

Lynn şi colaboratorii săi au descoperit că ratele de abstinenţă obţinute cu ajutorul hipnozei variază de la 14 la 61%. Această variaţie largă nu este surpinzătoare dat fiind că protocoalele hipnotice variază foarte mult de la un clinician la altul. Eficacitatea abordărilor hipnotice nu pare să fie mai mare sau mai mică decât a altor tratamente. Lynn şi colaboratorii săi au realizat un program multidimensional pentru renunţarea la fumat centrat pe abilităţile cognitiv- comportamentale şi utilizarea hipnozei. Green (1999, pp. 253-264) prezintă dovezi clare legate de tratamentul pentru renunţarea la fumat la un bărbat de 34 de ani, cu folosirea acestui protocol. Aceasta demonstrează felul în care hipnoza poate fi utilizată ca strategie secundară într-un cadru cognitiv- comportamental. Această abordare a inclus următoarele aspecte :

i) Educaţia legată de pericolele fumatului : riscurile pentru sănătate au fost explicate odată cu prezentarea câtorva statistici legate de boli. De asemenea, a fost explicat felul în care

oamenii deprind obiceiurile legate de fumat, prin reîntărire pozitivă ca urmare a efectelor nicotinei ; de exemplu, scăderea anxietăţii şi creşterea excitaţiei. În acest context, pacientul a fost de asemenea întrebat despre prima sa experienţă legată de fumat.

ii) Sublinierea importanţei motivaţiei şi suportului social : studiile din trecut au arătat că motivaţia crescută este un factor important pentru succesul tratamentului (Perry, Mullin, 1975 ; Perry, Gelfand, Marcovitch, 1979). Pacientul a fost de asemenea rugat să coteze propriul nivel de motivaţie pe o scală cu cinci puncte. A fost instruit să îşi informeze familia, prietenii şi colegii de serviciu că doreşte să se lase de fumat. A fost semnat un contract reflectând implicarea sa, în prezenţa unei „persoane semnificative". A fost de asemenea încurajat să scrie propria motivaţie pe cartonaşe pe care să le poată ţine asupra sa şi, de asemenea, să le plaseze prin casă, la locul de muncă şi în maşină. Apoi pacientului i s-a cerut să vizualizeze o „şosea" pe care se putea vedea ca nefumător :

Gândeşte-te pentru o clipă ce ar însemna să fii nefumător… acum vizualizează două şosele : o şosea pe care te poţi imagina în viitor dacă te laşi de fumat… gândeşte-te la beneficiile sociale şi la cele legate de sănătate. Iar acum imaginează-ţi un drum pe care te vezi în viitor dacă nu eşti cu adevărat motivat să te laşi de fumat… Alegerea este a ta. Pe care drum vei merge ? Te gândeşti sau te temi că nu te vei putea lăsa de fumat ?
Dacă ţi s-ar promite un milion de dolari ca să te abţii timp de un an, crezi că ai putea face asta ? Întrebarea pe care doresc să ţi-o adresez este dacă sănătatea ta valorează un milion de dolari. Închide ochii acum şi spune-ţi care sunt motivele pentru care trebuie să te laşi de fumat… Te vezi mergând pe drumul sănătăţii şi stării de bine ca nefumător (Lynn *et al.*, 1994, p. 562).

Bărbatul a fost de asemenea rugat să identifice „declanşatorii” comportamentului problematic, precum şi să realizeze strategii pentru a gestiona impulsul de a fuma. A fost încurajat să restructureze atitudinea sa faţă de fumat pentru a rezista impulsurilor de a repeta declaraţiie pozitive adaptative, de exemplu „Sunt conştient de dorinţa de a fuma, dar nu trebuie să fumez ; sunt nefumător”.

i) Utilizarea auto-monitorizării, auto-gestionării şi auto-reîntăririi : pacientul a monitorizat numărul de ţigarete fumate între şedinţele de terapie, care au centrat atenţia asupra comportamentului problematic şi a lărgit conştientizarea factorilor declanşatori.
ii) Încercarea de a minimaliza creşterea în greutate ca efect secundar al tratamentului : pacientul a fost încurajat să se angajeze în exerciţii fizice regulate, deoarece acestea sunt incompatibile cu fumatul (Marlatt, Gordon, 1985) şi în acelaşi timp reduc stresul fiziologic şi psihologic. Exerciţiul, combinat cu mâncatul unor mese echilibrate sunt metode simple şi eficiente de minimalizare a oricărei creşteri în greutate asociate.
iii) Integrarea hipnozei : pacientul a fost instruit că trebuie să îşi folosească imaginaţia şi capacităţile de vizualizare şi să fie deschis la sugestii pentru a maximaliza efectele tratamentului. Hipnoza a fost prezentată ca un instrument puternic care poate promova schimbările pozitive în privinţa imaginii de sine şi care ajută în atingerea scopului de renunţare la fumat. Prima parte a intervenţiei hipnotice a fost preluată după programul de modificare a hipnotizabilităţii a lui Gorassini şi Spanos (1999) şi a inclus următoarele :
   - închiderea ochilor şi imaginarea faptului că stă pe o scară în spirală ;

- coboară încet pe scări şi intră tot mai mult în transa hipnotică, ducând la o stare de relaxare, calm şi încredere ;
- sugestii legate de creşterea receptivităţii la idei şi deschiderea faţă de imagini ;
- invitaţia de a ancora sentimentele pozitive prin repetarea unui cuvânt-cheie sau a unei fraze, precum şi frecarea degetului mare de arătător ;
- utilizarea unei tactici de relaxare controlate de indicii oricând apare dorinţa de a fuma sau când se simte relaxat, pentru a vizualiza că este nefumător ;
- practicarea auto-hipnozei, vizualizării şi a relaxării controlate de indicii astfel încât strategiile să devină automate.

A doua şedinţă de hipnoză a fost o intervenţie modificată după protocolul de renunţare la fumat a lui Lynn şi colaboratorii săi (pp. 567-570). Aceasta implica un exerciţiu scurt de relaxare musculară progresivă urmat de aprofundare. Apoi pacientul a fost informat că la nivelul „cel mai profund" al fiinţei sale se poate redefini ca nefumător. A vizualizat faptul că scrie pe o tablă toate avantajele renunţatului la fumat, care ar permite corpului său să devină rezistent la boli şi să se vindece după toţi anii de fumat. Pacientului i-a fost sugerat că mintea sa conştientă şi cea inconştientă colaborează acum pentru a-l ajuta să devină nefumător. Atunci când s-a simţit încrezător în faptul că acest lucru se va întâmpla a fost rugat să ancoreze aceste sentimente şi să se vizualizeze atingându-şi acest scop. A fost de acord să practice auto-hipnoza de cel puţin două ori pe zi. La chestionarele care i-au fost administrate peste 6 luni şi peste 12 luni, pacientul a spus că se lăsase complet de fumat.

Strategii cognitive

Spiegel şi Spiegel (1978/2004) au predat pacienţilor strategii cognitive care modifică perspectiva asupra comportamentului fumatului (de exemplu, restructurarea) întărite de hipnoză. Principiul restructurării în cadrul hipnozei este de a ajuta pacientul să dezvolte o strategie pentru schimbare care mai degrabă afirmă experienţa decât să se lupte cu ea. În loc să se concentreze pe renunţarea la fumat în sine, pacientul se concentrează pe o implicare mai mare de a a-şi ajuta corpul să rămână sănătos prin concentrarea pe trei aspecte critice în timpul hipnozei :

> Primul punct: pentru corpul tău, fumatul este o otravă. Eşti format dintr-un număr de componente, din care cel mai important este corpul. Fumatul nu este o otravă pentru tine, ci pentru corpul tău.
> Al doilea punct: nu poți trăi fără corpul tău. Corpul tău este o uzină fizică prețioasă prin intermediul căruia îți trăieşti viața.
> Al treilea punct: în funcție de cât vrei să trăieşti, datorezi corpului tău respect şi protecție.
> Aceasta este modalitatea de a recunoaşte natura fragilă şi valoroasă a corpului tău şi în acelaşi timp felul tău de a te privi ca deținător al corpului tău. De fapt eşti deținătorul corpului tău. Atunci când te implici pentru a-ți respecta corpul, ai în tine puterea de a fi fumat ultima țigară... Consecința implicării tale: este natural să îți protejezi corpul împotriva otrăvii reprezentate de continuarea fumatului... Observă că atunci când faci promisiunea de a-ți respecta corpul te angajezi să respecți reguli de alimentație care reflectă respectul față de corpul tău... Dacă doreşti, poți folosi acelaşi exercițiu pentru a-ți menține greutatea ideală în timp ce îți protejezi corpul de otrava fumatului...
> Exercițiul este următorul: stai pe scaun sau întins şi numeri până la trei... la unu priveşti în sus spre sprâncenele tale; la doi

închizi ochii şi respiri profund; şi la trei expiri, laşi ochii să se relaxeze şi laşi corpul să plutească. Pe măsură ce simți cum pluteşti laşi o mână să se simtă ca un balon şi pluteşti acolo unde se află mâna ta acum. Atunci când ajunge în această poziție, ea devine semnalul prin care intri în starea de meditație. Şi în aceată stare de meditație te concentrezi asupra acestor trei puncte critice:

i) pentru corpul tău şi nu pentru tine, fumatul este o otravă;
ii) ai nevoie de corpul tău ca să trăieşti;
iii) datorezi corpului tău respect şi atenție.

Reflectează asupra a aceea ce înseamnă aceste lucruri, apoi intră în această stare de concentrare numită „auto-hipnoză" numărând înapoi. Acum, trei, eşti pregătit. Doi, cu ochii închişi, rostogoleşte-ți ochii spre spate... şi unu, lasă ochii să se deschidă încet. Atunci când ochii tăi sunt din nou atenți, strânge pumnul în timp ce mâna este ridicată şi pe măsură ce deschizi încet pumnul senzațiile şi controlul normal se reîntorc. Acesta este finalul exercițiului, dar reții sentimentul plutirii (p. 212).

Spiegel şi Spiegel sugerează că o strategie de restructurare similară poate fi aplicată şi pentru alte probleme, cum este mâncatul în exces şi gestionarea durerii. Autorul a utilizat cu succes această abordare cu o pacientă bulimică (vezi studiul de caz 6, şedinţa 1, din capitolul 8).

Un caz prezentat de Rossi (2002)

Rossi prezintă cazul unui profesor foarte stresat care dorea să se lase de fumat. A fost administrat profilul de inducţie hipnotică Spiegel (Spiegel, Spiegel, 1978/2004), pacientul având un scor înalt de hipnotizabilitate. În prima şedinţă de terapie părea să trăiască o transă profundă care a fost ratificată prin levitaţia braţului, amnezie şi alte indicii comportamentale. Au

fost utilizate sugestii directe prin care s-a sugerat că doreşte să fie un model de sănătate pentru copilul său, ceea ce a fost suficient pentru a-l motiva să se oprească din fumat după o şedinţă de terapie. În următoarea şedinţă a spus că nu a mai fumat, dar dorea să fumeze. Această dorinţă de a fuma a fost însoţită de căscat şi ochi înlăcrimaţi, precum şi de afirmaţia „Sunt foarte stresat şi am nevoie să fumez”.

Aceste comportamente au fost recunoscute de Rossi ca ocazii de convertire a unui „sindrom de stres ultradian” într-un „răspuns de vindecare ultradian” (Rossi, Nimmons, 1991). Din perspectivă psihobiologică, căscatul sugera că începea să experimenteze „transa comună de fiecare zi” (Erickson, Rossi, 1976 ; Erickson, Rossi, Rossi, 1979). Rossi a început să faciliteze o inducţie de transă naturalistă permisivă cu ajutorul cuvintelor :

> Aşa este bine, îți poți permite să iei o pauză confortabilă acum. Aşa este foarte bine, relaxează-te şi bucură-te de faptul că nu ai nimic de făcut acum legat de stresul tău. Atunci când mintea ta interioară este pregătită să lase relaxarea să se aprofundeze astfel încât să îndepărteze stresul şi dorința de a fuma în timp ce te odihneşti, vei observa cum ochii se închid în mod natural de la sine?

După aproximativ 12 minute de concentrare interioară, Rossi continuă :

> Atunci când mintea ta conştientă şi mintea ta inconştientă ştiu că pot continua să te lase să te bucuri de aceste perioade de odihnă şi relaxare de câteva ori pe zi astfel încât să nu mai trebuiască să trăieşti stresul şi dorința de fumat vei reveni la starea de veghe revigorat şi proaspăt?

Atunci când pacientul a deschis ochii a spus că s-a văzut ţinându-şi copilul şi simţindu-se mândru că nu fuma. A declarat

că dorinţa sa de fumat dispăruse. A fost încurajat să îşi aloce aceste „perioade ultradiene de odihnă vindecătoare” oricând simţea dorinţa de a fuma. Pacientul a început să ia aceste pauze în timpul pauzei de prânz, ceea ce l-a ajutat să nu mănânce în exces şi să nu crească în greutate. Prin recadrarea nevoii sale de a fuma într-o nevoie de a avea un răspuns ultradian de vindecare a putut reduce stresul şi renunţa la dependenţa de fumat.

Discuţia de mai sus demonstrează că există multe modalităţi de utilizare a hipnozei în cadrul unui program de tratament. În multe dintre aceste exemple, hipnoza este folosită ca strategie secundară şi facilitatoare a abordărilor primare (de exemplu, cognitiv-comportamentală, educaţie).

Disfuncţii sexuale

Înainte de a aborda problemele sexuale, clinicianul trebuie să fie familiarizat cu aspectele fiziologice şi medicale ale funcţionării sexuale normale şi patologice, amintindu-şi că există şi aspecte sociale şi culturale importante care trebuie luate în considerare în orice încercare de definire a „normalităţii” şi „anormalităţii” în ceea ce priveşte sexualitatea. Disfuncţiile sexuale apar atunci când există o tulburare la nivelul oricăruia dintre cele patru stadii ale răspunsului sexual (dorinţa, excitaţia, orgasmul şi rezolvarea), din cauza factorilor anatomici, fiziologici sau psihologici. Disfuncţiile sexuale pot dura întreaga viaţă sau pot apărea după o perioadă de funcţionare sexuală normală. De asemenea, ele pot fi prezente în toate activităţile sexuale sau pot fi situaţionale : de exemplu, un bărbat care are erecţie în timpul masturbării, dar nu şi în timpul actului sexual cu o parteneră.

Problemele psihosexuale

Există o serie de probleme psihosexuale uzuale (*Manualul diagnostic şi statistic al tulburărilor mentale : DSM-IV*, Asociaţia Americană de Psihiatrie, 1994 ; Watson, Davies, 1997). Ele pot fi definite ca incapacitatea de a ajunge la plăcere şi satisfacţie în activitatea sexuală şi includ :

- inhibarea dorinţei sexuale (deficit de fantezii sexuale şi dorinţă a activităţii sexuale) ;
- aversiunea sexuală (aversiune extremă şi evitarea oricărui contact genital cu partenerul) ;
- disfuncţia erectilă la bărbat (incapacitatea de a obţine sau menţine erecţia pentru actul sexual) ;
- tulburarea de excitaţie sexuală la femeie (incapacitatea de a obţine sau menţine o lubrifiere adecvată ca răspuns la excitaţia sexuală până la finalizarea activităţii sexuale) ;
- anorgasmia la femeie (întârzierea sau absenţa orgasmului după o fază de excitaţie normală) ;
- anorgasmia masculină (întârzierea sau absenţa orgasmului după o excitaţie normală în timpul activităţii sexuale) ;
- ejacularea precoce (ejacularea cu stimulare sexuală minimă înainte sau la scurt timp după penetrare şi înainte ca persoana să dorească acest lucru) ;
- dispareunia (durere genitală recurentă sau persistentă, fie la femeie, fie la bărbat) ;
- vaginismul (spasmul involuntar al musculaturii vaginului, care interferează cu actul sexual).

Trebuie notat faptul că pentru a pune un diagnostic disfuncţiile prezentate mai sus trebuie să fie recurente şi persistente. Înainte de presupunerea unei cauzalităţi psihologice

trebuie exclusă posibilitatea unei baze organice a disfuncţiei sexuale.

Kaplan (1974) susţine o teorie multicauzală a disfuncţiilor sexuale la mai multe nivele – intrapsihic, interpersonal şi comportamental – şi enumeră patru factori cu un rol important în apariţia acestor tulburări :

- lipsa de informare sau ignoranţa în ceea ce priveşte interacţiunile sociale şi sexuale ;
- vina şi anxietatea inconştientă legate de sex ;
- anxietatea de performanţă, care este şi cea mai frecventă cauză a disfuncţiei erectile şi a disfuncţiilor fazei orgasmului ;
- eşecul partenerilor în a comunica unul cu celălalt despre sentimentele lor sexuale şi comportamentele în care doresc să se angajeze.

Una dintre principalele bariere în calea performanţei adecvate şi a succesului o constituie stresul. Îngrijorarea privind performanţa poate duce la impotenţă sau ejaculare precoce, iar eşecul repetat în timpul contactului sexual duce la anxietate şi frustrare. La femei, conflictele inconştiente privitoare la activitatea sexuală pot fi responsabile de vaginism, un spasm reflex involuntar al muşchilor vaginali şi perineului care împiedică penetrarea. Cogniţiile (gândurile) şi dispoziţia (emoţiile) modelează experienţa persoanei în ceea ce priveşte excitaţia sexuală şi comportamentul. Procesele atenţionale sunt de asemenea importante : experienţe uzuale în a fi spectator, oamenii care se concentrează pe propria performanţă, adesea aşteptând eşecul, mai degrabă decât pe senzualitate şi a face dragoste. Durerea, ruminaţiile şi grijile distrag atenţia. Emoţiile negative intense tind să reducă activitatea sexuală şi performanţa, dar asocierea nu este întotdeauna prezentă. În depresie, bucuria sexuală este adesea

diminuată, dar ocazional este crescută; şi comportamentul erotic preferat se poate modifica, adesea devenind mai pasiv, iar medicamentele pot afecta negativ răspunsul sexual.

Una din cele mai frecvente probleme sexuale este dorinţa sexuală inhibată, care afectează mai mult femeile decât bărbaţii. Libidoul scăzut este prezent la una din trei femei într-un anumit moment al vieţii, adesea însoţit de sentimentul de inadecvare şi anormalitate. Răspunsul obişnuit al psihosexologului este realizarea unui program pentru restaurarea sau creşterea libidoului femeii, deşi cea mai adecvată abordare ar fi aceea a reasigurării. Petrot (2005) concluzionează că modelul masculin al apetitului sexual a indus în eroare atât femeile, cât şi psihosexologii. Ea susţine că femeile încep acum să confrunte modelul masculin al nevoilor sexuale, ceea ce poate duce la un dezacord considerabil în cadrul cuplurilor. Aceasta este o altă situaţie care demonstrează clar felul în care comportamentele şi în consecinţă şi intervenţiile psihoterapeutice şi medicale sunt în mod esenţial definite politic şi cultural. În manieră similară s-a postulat recent că variaţiile funcţionării orgasmului feminin pot fi rezultatul influenţelor genetice mai degrabă decât a celor socioculturale (Dunn, Cherkas, Spector, 2005). Rezultatele au arătat existenţa unei influenţe genetice semnificative cu o ereditate estimată de 34% pentru dificultăţile de a atinge orgasmul în timpul contactului sexual şi de 45% pentru orgasmul din timpul masturbării.

Phillips şi Frederick (1995) au sugerat faptul că disfuncţia sexuală poate fi legată de repunerea în act traumatică interpersonală. Există multe dovezi ale afectării funcţionării sexuale printre victimele abuzului sexual în copilărie, a violului, violenţei domestice şi războaielor (Becker, Skinner, Abel, Cichon, 1986). Aceste aspecte pot include teama de sex, disfuncţia excitaţiei şi scăderea satisfacţiei sexuale. Aspectele specifice

care trebuie explorate de terapeut includ : frecvenţa contactelor sexuale ; gradul de satisfacţie ; nivelul excitaţiei ; natura interacţiunilor sexuale ; gândurile, sentimentele şi fanteziile care acompaniază excitaţia ; şi orice alte griji pe care le-ar putea avea pacienţii legat de funcţionarea lor sexuală. Una dintre principalele metode hipnoterapeutice folosite pentru gestionarea acestui tip de probleme este terapia stărilor eului, deşi pot fi utilizate şi alte metode hipnoanalitice discutate anterior (Watkins, Johnson, 1982 ; Phillips, Frederick, 1995).

Manualele standard oferă informaţii viabile despre funcţionarea sexuală umană (Kaplan, 1974, 1979, 1988, 1995 ; Masters, Johnson, Kolodny, 1995 ; Charlton, Yalom, 1997 ; Leiblum, Rosen, 2000 ; Wincze, Carey, 2001 ; Kleinplatz, 2001 ; de asemenea www.sexology.cjb.net).

Hipnoza şi problemele sexuale

Hipnoza a fost utilizată de mulţi ani în tratamentul problemelor sexuale. Erickson şi Kubie (1941) au prezentat primul caz cunoscut de tratare cu succes a dorinţei sexuale inhibate cu ajutorul hipnozei. Intervenţiile hipnotice pentru pentru disfuncţiile sexuale par să fie foarte promiţătoare în psihoterapia psihosexuală (Aaroz, 2005), deşi literatura de specialitate constă aproape în exclusivitate din studii de caz şi rapoarte ale rezultatelor (Erickson, 1953 ; Cheek, LeCron, 1968 ; Erickson, 1973 ; Crasilneck, 1979, 1982 ; Beigel, 1980 ; Aaroz, 1980, 1982, 1985 ; Degun, Degun, 1982 ; Hammond, 1984, 1985 ; Zilbergeld, Hammond, 1988 ; Bakich, 1995 ; vezi de asemenea şi www.hypnosis-research.org). Problemele sexuale pot fi gestionate prin auto-hipnoză, care ajută persoana să se relaxeze. Hipnoza poate fi de asemenea folosită pentru a

ajuta persoana în legătură cu imaginea corporală, vina, teama de sex şi teama de întâlniri sexuale.

Frecvent se pune foarte mult accentul pe aspectele legate de pacient ca individ în detrimentul factorilor de relaţie care sunt importanţi. Hipnoza poate fi utilă în facilitarea interacţiunilor sănătoase cu partenerii şi familia şi în ceea ce priveşte o percepţie mai sănătoasă a relaţiei. Dacă relaţia dintre parteneri este proastă, aceasta nu va duce la dorinţă sexuală şi în consecinţă se pot manifesta problemele sexuale. În contextul tratamentului problemelor sexuale trebuie recunoscut faptul că hipnoza este adesea o strategie secundară sau facilitatoare care creşte eficacitatea unei game de abordări psihoterapeutice ; de exemplu, psihoterapia orientată pe *insight* ; restructurarea cognitivă raţional-emotivă ; desensibilizarea etc.

Hammond (1990a, pp. 350-352) prezintă câteva avantaje ale utilizării hipnozei în psihoterapia psihosexuală :

- poate fi folosită în tratamentul pacientului în lipsa partenerului (cele mai multe rapoarte extinse după şedinţe de urmărire referitoare la folosirea hipnozei în disfuncţiile sexuale au fost acelea asupra pacienţilor cu disfuncţie erectilă – Crasilneck, 1979, 1982) ;
- permite explorarea rapidă şi identificarea conflictelor aflate la baza disfuncţiei, a sentimentelor nerezolvate legate de evenimente trecute şi a factorilor aflaţi în afara sferei conştiente. Aceste experienţe reprimate şi sentimente asociate pot fi accesate şi prelucrate la nivele inconştiente (prin folosirea semnalizării ideodinamice de exemplu), minimalizând astfel problemele care apar adesea dacă se folosesc metodele de „descoperire” din psihoterapia psihodinamică clasică ;
- învăţarea auto-hipnozei poate da pacientului sentimentul de control şi este o tehnică de gestionare a stresului. Aceasta poate furniza pacientului o metodă de reducere a anxietăţii

şi decompresie, precum şi de creştere a pasiunii sexuale prin imageria sexuală înainte de angajarea în actul sexual ;

- creşterea expectanţelor pentru a promova schimbarea personală. Hipnoza poate fi utilizată pentru a creşte speranţa, sentimentele de auto-eficienţă şi încrederea că va apărea schimbarea. „procedurile de ratificare a transei pot convinge pacienţii de puterea propriei minţi pentru a face o serie de lucruri la nivel inconştient şi fără să încerce sau să dorească acest lucru ; de exemplu, atunci când braţul pacientului se ridică involuntar ; adesea pacienţii sunt convinşi şi de faptul că hipnoza îi poate ajuta şi cu alte probleme ; atunci când un ac este trecut fără durere printr-un pliu al pielii de pe dosul mâinii pacientului a cărui mână a fost „anesteziată în mănuşă" pacienţii sunt convinşi că au mai mult potenţial decât au realizat până atunci şi că poate mintea lor este suficient de puternică pentru trezirea dorinţei sexuale, pentru a facilita orgasmul sau a crea erecţia".
- permite utilizarea unei varietăţi de tehnici pentru modificarea emoţiilor problematice şi creşterea stărilor emoţionale dorite. Tehnicile de imagerie simbolică permit adesea pacienţilor să elibereze sentimentele „depozitate", cum sunt furia şi resentimentele ;
- întărirea eului poate îmbunătăţi sentimentul de control şi stima de sine. Regresia hipnotică de vârstă poate readuce la viaţă amintiri care ajută la recapturarea şi redobândirea sentimentelor sexuale pozitive şi afecţiunii ;
- hipnoza şi auto-hipnoza pot ajuta la concentrarea atenţiei şi creşterea conştientizării senzoriale, facilitând astfel creşterea excitaţiei şi plăcerii ;
- poate ajuta la elucidarea proceselor interne (cognitive, imagerie) care sunt imposibil de observat şi dificil de explicat numai prin discuţii ;

- poate realiza o evaluare a experienţelor negative şi pozitive din timpul terapiei (de exemplu, angajarea în temele de casă, cum este centrarea pe senzaţii).

Abordări hipnotice

Hipnoanaliza

Scopul hipnoanalizei în psihoterapia psihosexuală este de:

- a descoperi conflictele inconştiente;
- a elibera temerile care inhibă excitaţia sexuală;
- a restructura asocierile şi orientarea către obiectele sexuale;
- a disipa identificările inhibitorii;
- a întări eul.

Există o serie de rapoarte legate de utilizarea abordărilor hipnoanalitice în gestionarea problemelor sexuale, incluzând: regresia hipnotică de vârstă (Wijesinghee, 1977); analiza viselor (Degun, Degun, 1988); ventilarea sentimentelor negative reprimate (Levit, 1971). Rossi şi Cheek (1988) sugerează că o combinaţie de hipnoză uşoară cu utilizarea inconştientului, mişcări simbolice sau răspunsuri ideodinamice permite accesul rapid la informaţiile semnificative şi rezolvarea rapidă şi productivă a disfuncţiilor sexuale în cadrul a trei şedinţe de terapie cu durata de câte două ore" (p. 346).

Îndepărtarea directă a simptomului

Au fost realizate mai multe studii implicând îndepărtarea directă a simptomului, de exemplu:

- vizualizarea întâlnirilor sexuale cu sugerarea îmbunătăţirii performanţei sexuale (Scheck, 1970);

- reamintirea hipnotică a experienţelor sexuale pozitive din trecut împreună cu distorsiunea hipnotică a timpului pentru prelungirea plăcerii (Mirowitz, 1966) ;
- imageria pozitivă a contactului sexual finalizat cu succes în combinaţie cu declaraţiile pozitive despre sine (Cheek, 1976) ;
- sugestia catalepsiei (vezi studiul de caz 4, şedinţa 3).

Abordările indirecte

Hammond (1990a) descrie o serie de metafore şi abordări prin imagerie ghidată care pot fi folosite ca bază de lucru în terapia problemelor sexuale, de exemplu :

- „tehnica controlului principal" (pentru dorinţa sexuală inhibată, inhibiţia ejaculării, disfuncţia orgasmică, disfuncţia erectilă şi dependenţele sexuale) ;
- „timiditatea în urinat" (o metaforă scurtă ilustrând faptul că răspunsurile sexuale sunt automate şi inconştiente) ;
- „ieşitul în oraş la cină" (facilitând salivaţia şi lubrifierea) ; umezirea şi lubrifierea pot fi de asemenea obţinute prin facilitarea răspunsurilor ideosenzoriale ;
- „transpiraţia într-o zi călduroasă" (utilă pentru femeile care au probleme cu excitaţia sexuală şi mai ales cu lubrifierea vaginală) ;
- imageria ghidată şi fantezia erotică în care pacientul este spectator (vezi studiul de caz 4, şedinţa 4) ;
- inducerea viselor erotice (vezi studiul de caz 4, şedinţa 5).

Am utilizat imageria ghidată pentru disfuncţia orgasmică şi vaginism. Metafora tufei de trandafiri este un bun exemplu în acest sens.

Intervenţia 40. Metafora tufei de trandafiri (adaptată după Assagioli, 1965/1975, p. 214)

> Imaginează-ți că arăți ca o tufă de trandafiri, în special o tulpină cu frunze verzi şi un boboc de trandafir. Bobocul pare verde deoarece sepalele sunt închise, dar chiar în vârf se poate vedea un punct roşu. Acum, pe măsură ce te concentrezi asupra acestui punct de culoare roşie, sepalele verzi încep să se separe, să se deschidă treptat, relevând petalele din interior de o delicată culoare roşie. Sepalele continuă să se deschidă până când poți vedea întregul boboc delicat. Petalele se separă şi ele încet, până când apare un trandafir perfect, complet deschis. Aşa că acum respiră profund şi inspiră parfumul acestui trandafir delicat, inhalând parfumul său caracteristic şi inimitabil; atât de delicat, dulce şi delicios. Continuă să inspiri parfumul său vindecător care te încântă şi îți pătrunde toate simțurile, în fiecare parte a corpului tău. Imaginează-ți forța vieții care ia naştere din rădăcinile florii şi duce la deschiderea ei.

Este evident că simbolul bobocului de trandafir poate fi folosit şi pentru întărirea generală a eului (şi anume „înflorirea” interioară).

Hipnoza ca adjuvant în terapia comportamentală

Hipnoza facilitează relaxarea şi imageria vie astfel că scenele şi situaţiile sexuale gradate pot fi prezentate în stare hipnotică (desensibilizarea sistematică). Aceasta poate conţine elemente de preludiu sexual şi scene de implicare progresivă socială şi fizică (Fabbri, 1976 ; Biegel, Johnson, 1980 ; Degun, Degun, 1982). Aaroz (1982, 1985) descria o serie de abordări în desensibilizarea progresivă cu ajutorul hipnozei :

- hipnoza cu întărirea eului ;

- hipno-sensibilizarea video – în timp ce pacientul hipnotizat urmăreşte o serie de scene pe videocasetă prezentând relaţii sexuale normale ;
- hipno-condiţionarea cu diapozitive – în timp ce pacientul hipnotizat urmăreşte o serie gradată de diapozitive cu situaţii sexuale ;
- reamintirea hipnotică – în hipnoză pacientul îşi imaginează experienţe sexuale încununate de succes din trecut. Procesul de condiţionare este reîntărit prin sugestii post-hipnotice, relaxare profundă, imagerie vizuală şi reamintirea experienţelor trecute. Auto-hipnoza este folosită pentru reîntărirea sugestiei posthipnotice.

Abordările cognitive şi experienţiale

Auto-evaluările negative şi imageria sexuală negativă pot crea şi perpetua simptomele, ceea ce se întâmplă mai ales după ce a fost experimentat un eşec sexual. Aceasta este o reîntărire deschisă care acţionează ca un înterupător. Hipnoza este folosită pentru a recrea dispoziţia negativă şi a repeta afirmaţiile negative, dramatizând efectul advers în cursul acestui proces. Apoi este folosită pentru a obţine afirmaţii şi imagerie pozitivă. În final, pacientul este învăţat auto-hipnoza pentru a reîntări restructurarea cognitivă (Burte, Aaroz, 1994).

Studiul de caz 4. O abordare hipnoterapeutică integrativă pentru tratamentul disfuncţiei erectile la bărbat (Hawkins, 1996)

Studiul de caz care urmează demonstrează felul în care o abordare hipnoterapeutică integrativă poate fi folosită pentru

tratamentul unei probleme erectile. Fiecare şedinţă de terapie este descrisă pe scurt, acordând atenţie doar intervenţiilor principale.

Şedinţa 1

În afară de întrebările normale adresate în cadrul anamnezei este important să adresăm întrebări cu relevanţă pentru strategiile de hipnoză clinică în tratamentul problemelor sexuale. Aşa cum am explicat deja, evaluarea iniţială este un punct critic pentru stabilirea alianţei terapeutice. De asemenea este utilă pentru a obţine informaţii referitoare la vocabularul eufemistic şi vernacular pe care îl foloseşte pacientul pentru a descrie organele sexuale, precum şi la cunoştinţele sale în ceea ce priveşte anatomia şi funcţionarea sexuală. După anamneza (în timpul căreia am aflat că fusese deja examinat de urolog), John a fost învăţat cum să îşi amplifice conştientizarea senzorială prin accesarea momentelor de la începutul căsătoriei când reuşea să se excite rapid şi să obţină erecţia urmată de un orgasm adecvat. A fost rugat :

> Uită-te la mâna ta şi las-o să devină din ce în ce mai uşoară şi să plutească în aer... Lasă-ți mintea să meargă înapoi la vremea când erai proaspăt căsătorit şi te bucurai că faci sex cu soția ta... o activitate de care amândoi v-ați bucurat... Conştientizează senzațiile din corpul tău. Poți simți aceleaşi senzații şi plăcerea, şi funcționarea exact aşa cum era atunci... Permite acestui lucru să se întâmple... Ştii că ai resusele pentru a lăsa acest lucru să se întâmple atunci când este potrivit în viitor, poate mai târziu azi sau poate mâine, sau cândva curând. Lasă acele senzații din corpul tău să crească in intensitate şi bucură-te de ele pe măsură ce coboară în penisul tău... Observă cât este de plăcut. Exact aşa cum s-a întâmplat, se poate întâmpla din nou

acum... Nimic nu s-a schimbat. Singurul lucru important sunt senzațiile pe care le trăieşi. Simte atingerea, temperatura, presiunea şi mişcarea. Cufundă-te în sentimente şi senzații... nu trebuie să faci nimic decât să simți şi să trăieşti plăcerea. Poți simți aceleaşi sentimente, aceleaşi senzații şi plăcerea şi funcționarea exact aşa cum ai făcut atunci. Totul poate fi exact la fel ca atunci când te-ai căsătorit.

Această tehnică a accesat amintirile psihosomatice pozitive ale lui John şi i-a permis să devină mai încrezător şi optimist, crescându-i expectanţele. Abordarea este de asemenea o metodă eficace de gestionare a stresului şi poate duce la diminuarea sentimentelor de anxietate şi disperare.

Nivelul de experienţiere a senzaţiilor poate fi de asemenea „controlat" de pacient cu ajutorul unui disc imaginar (tehnica controlului central), astfel încât să poată modifica nivelul senzaţiilor în sus şi în jos (raportat de Hammond, 1990b).

De asemenea a fost important ca John să îşi stabilească scopuri realiste în procesul de tratament.

Acum că aceste senzații sunt foarte puternice, ia-le cu tine în viitor... Trăieşte senzația de a face dragoste cu soția ta... Trăieşte preludiul, care vă satisface pe amândoi... Intră în o erecție şi penetrează-i vaginul cu penisul... Bucurați-vă amândoi de aceasta şi ajungeți la orgasm. Conştientizează ceea ce simți... Ştii că aceasta se poate întâmpla dacă tu şi soția ta veți lăsa acest lucru să se întâmple... Fii încrezător şi întreabă-te dacă aceasta se va întâmpla mai târziu în cursul zilei de azi sau mâine... Ştii că acesta este un scop la care poți aspira şi pe care îl vei atinge la un moment dat în viitor dacă este potrivit pentru tine şi pentru partenera ta să se întâmple astfel. Poți face asta acasă începând de azi şi până la următoarea şedință de terapie. Tot ce este nevoie să faci este să te uiți la mâna ta dreaptă şi, pe măsură ce ea se ridică, lasă ochii să se deschidă, având încredere în mintea ta inconştientă pentru a găsi nivelul adecvat al transei

> pentru accesarea acelor experiențe sexuale pozitive anterioare... Te vezi la un moment viitor utilizând acele resurse sexuale pentru o relație sexuală satisfăcătoare pentru tine şi soția ta.

Şedinţa 2

După cum am discutat anterior, semnalizarea ideomotorie este o abordare prin utilizare care e utilă în mod special pentru descoperirea evenimentelor traumatice reprimate şi a sentimentelor de distres asociate, legate de problemele actuale psihologice şi psihosomatice. Prima dată au fost stabilite semnalele „da" şi „nu" cu ajutorul degetelor. Apoi John a accesat experienţe prototip care au fost legate de problema sa sexuală. A existat o oarecare conştientizare a acestor evenimente ; de exemplu, relaţia sa din trecut cu mama şi mai târziu o experienţă homosexuală. Aceste evenimente au fost trecute în revistă cu o abreacţie emoţională minimă. În acestă situaţie, nu au fost făcute interpretări de către terapeut şi nici nu au fost făcute intervenţii pentru încurajarea ventilării emoţionale, deşi acestea ar fi putut fi opţiuni viabile.

După trei „cicluri" de chestionare ideodinamică John a semnalizat „da" în mod inconştient referitor la faptul că putea merge în viitor (la o anumită dată) fără problemă. Şi-a imaginat o dată la care se putea întâmpla aceasta, la aproximativ patru săptămâni de la data şedinţei de terapie. A fost transpus la data aceasta şi a experienţiat răspunsuri pozitive intense. În hipnoză i s-a spus :

> Ai resursele pentru a lăsa ca acest lucru să se întâmple şi deja ştii că poți schimba răspunsurile tale corporale în mod potrivit pentru a-ți da voie să răspunzi sexual atunci când eşti cu soția ta... Mintea ta inconştientă foloseşte tot ceea ce ai învățat şi ai

trăit azi aici legat de originile problemei tale astfel încât să te ajute să găseşti soluții până la data pe care ai indicat-o sau chiar mai devreme dacă este potrivit pentru tine... şi poți trăi aceste senzații plăcute şi aceste experiențe plăcute atunci când visezi mai târziu în noaptea aceasta... Te trezeşti având o erecție puternică... Te vei întreba dacă acest lucru se întâmplă cu adevărat şi când se întâmplă... poate în această noapte sau poate altădată... deşi o parte din tine ştie deja că e adevărat.

Şedinţa 3

În acestă şedinţă de terapie, John a fost hipnotizat şi i-a fost sugerată rigiditatea braţului pentru a demonstra că deţine controlul asupra funcţionării sale somatice şi de asemenea faptul că are resursele (inconştiente) pentru a lăsa ca braţul să devină rigid şi tare fără să fie nevoie să facă ceva pentru ca acest lucru să se întâmple.

Aşa cum ai control complet asupra mâinii şi brațului tău, astfel că poți să îți faci brațul rigid, tot aşa ai resursele pentru a controla orice parte din corpul tău în acelaşi fel, incluzând penisul tău... Poți păstra rigiditatea atât timp cât este potrivit pentru tine şi pentru partenera ta pentru a vă bucura de o relație sexuală împreună. Ai control deplin asupra fiecărei părți a corpului tău, inclusiv penisul. Temerile şi anxietățile tale se vor diminua şi pe măsura trecerii timpului poți înțelege problema ta dacă acest lucru este potrivit pentru tine.

Utilizarea fenomenelor hipnotice în psihoterapie a fost recent discutată pe larg de Edgette şi Edgette (1995).

Şedinţa 4

Este util să încurajăm pacientul impotent să vorbească despre fanteziile sale sexuale private şi să le reproducă în transă. Poate fi utilă implicarea partenerei în aceste şedinţe de terapie. Pacienţilor li se poate de asemenea sugera o fantezie sexuală ghidată :

> Poate că te vei imagina în mijlocul unei orgii sexuale, urmărind cum oamenii se dezbracă şi se explorează seductător unul pe altul... Trăieşti excitația care se scurge prin corpul tău şi în organele tale genitale... poate încurajând propriile tale amintiri legate de distracție şi plăcere... Nu ştiu dacă vei putea folosi aceste amintiri sexuale importante în noaptea aceasta sau mâine sau după acest sfârşit de săptămână... Te vei întreba dacă mintea ta inconştientă te va lăsa să te bucuri de o experiență sexuală cu partenera ta... şi când o face vei fi surprins să descoperi cât de excitat poți fi.

Şedinţa 5

John a intrat în transă hipnotică (folosind metoda de auto--hipnoză învăţată anterior) şi i s-a sugerat o metaforă a grădinăritului care a inclus referiri la lăstare verzi, ce se dezvoltă sub pământ, la anotimpurile anului etc. Această tehnică este similară cu metafora „viaţa unui stejar” (intervenţia 20, capitolul 4). Şedinţa de terapie a fost încheiată cu utilizarea visului creativ ca modalitate de implicare a căutării inconştiente pentru rezolvarea problemei :

> Ştii deja cum să trăieşti visele stimulante. Este un lucru perfect natural, consecință a ceea ce facem... Vei avea vise plăcute.

Mintea ta inconştientă poate lucra pentru creşterea dorinței tale sexuale față de soția ta... Poți descoperi că visele tale sunt creative şi plăcute... Poți deja să te întrebi ce vei visa mai târziu în această noapte... Pentru că scopul tău este de a creşte dorința ta sexuală, după toate probabilitățile, vei avea o experiență interesantă în noaptea aceasta sau poate mâine noaptea sau chiar în noaptea următoare... Vei fi surprins atunci când se întâmplă cu adevărat, dar vei fi surprins şi dacă vei avea de aşteptat până la final de săptămână. Şi aceste dorințe vor rămâne cu tine pe parcursul zilei şi va exista o influență adecvată în gândurile şi comportamentele tale. Deşi nu îți vei aminti toate visele tale erotice şi sexy, dimineața, vei putea totuşi simți şi ştii că ceva este diferit chiar dacă nu ştii exact despre ce este vorba. Chiar dacă nu crezi că acest lucru se poate întâmpla cu adevărat vei fi şi mai suprins atunci când se întâmplă, ştiind că ai aceste resurse pentru a te lăsa să găseşti soluții chiar şi atunci când dormi.

John a spus că în noaptea care a urmat şedinţei de terapie a avut un vis plin de erotism în cursul căruia s-a trezit şi a „descoperit" că avea erecţie. A fost extrem de bucuros de „descoperirea" sa şi de faptul că are încă această capacitate. Lui John i s-a cerut să reproducă acest vis în transă şi să indice ideodinamic când au apărut schimbările fiziologice adecvate. În această şedinţă finală a fost subliniată întărirea eului şi stabilirea scopurilor.

Şedinţa 6

Aceasta a fost o şedinţă de terapie cu pacientul şi soţia sa. Ambii au fost regresaţi la o experienţă sexuală pozitivă din trecut din căsătoria lor. Apoi au fost încurajaţi să îşi descrie experienţele unul altuia, incluzând senzaţiile corporale. Ambii parteneri au fost apoi progresaţi (în hipnoză) la un moment

viitor când aceste experienţe puteau fi actualizate, *ştiind că minţile voastre inconştiente caută deja soluţii chiar dacă nu sunteţi conştienţi că acest lucru se întâmplă*. În această şedinţă de terapie a fost subliniată dezvoltarea speranţei şi optimismului, a controlului personal şi sentimentelor pozitive.

Şedinţa de urmărire

Şedinţa de urmărire la interval de şase luni a relevat faptul că funcţionarea sexuală a cuplului era satisfăcătoare pentru ambii parteneri. Nu mai aveau probleme în „a face sex" şi în consecinţă un stresor major din viaţa lor a fost îndepărtat.

Dependenţa de sex

Pentru unele persoane, dependenţa de sex este un mod de gestionare a stresului, comportamentul lor sexual devinind principalul mecanism de *coping*. Acest lucru poate fi exprimat grosier prin afirmaţia „un orgasm pe zi ţine stresul la distanţă". Heron (1998a) – vezi www.human-inquiry.com/homebase.htm – prezintă o „teorie autentică sex-negativă" în care spune :

- O persoană care îşi neagă funcţionarea catharctică şi îşi reprimă stresul va trece probabil printr-o distorsionare a funcţiei sexuale. Înlocuirea nu este dificil de înţeles : eliberarea pur somatică a orgasmului distrage atenţia de la durerea stresului îngropat, dar fără reducerea sau descărcarea acelui stres – de aici nevoia unui alt orgasm cât de curând. Rezultatul este o utilizare compulsivă, repetitivă a eliberării sexuale drept comportament maladaptativ.
- Corolarul, bineînţeles este că nivelul de tensiune sexuală şi excitaţie pot creşte în mod artifical din cauza înlocuirii

sentimentelor reprimate cu funcţia sexuală, astfel că persoana cere şi obţine descărcarea sexuală într-un grad care nu are nici o legătură cu nevoile fizice reale, ci este un martor al nevoilor personale întrerupte şi al distresului care le înconjoară.

- Comportamentul sexual compulsiv în sine poate fi o maladaptare simbolică : persoana acţionează orbeşte în cadrul aspectelor emoţionale prezente nerezolvate din trecut. Astfel, violatorul fizic sau emoţional acţionează orbeşte împotriva unui şir de femei, ca urmare a furiei reprimate împotriva mamei sale şi a frustrării dorinţelor impuse de ea. O femeie vârstnică are o serie de aventuri nepotrivite cu bărbaţi tineri, acţionând orbeşte din cauza suferinţei sau furiei ca urmare a dragostei întrerupte la moartea fiului său în vârstă de 8 ani. Şi aşa mai departe. Dorinţa sexuală este doar înfăţişarea pe care o are distresul neindentificat şi nevoile îngheţate care dau dorinţei o direcţie şi putere motivatoare.
- Distresul aflat la bază poate fi un distres reprimat de timpuriu din cauza negării sexualităţii în copilărie : nevoia copilului de a împărtăşi dragostea şi bucuria prin întregul său corp, inclusiv organele genitale, s-ar putea să fi fost întrerupte de părinţi sau fraţi. În consecinţă apare o compulsie ascunsă spre incest : nevoia întreruptă de dragoste, împreună cu suferinţa şi furia la înteruperea sa, fixate genital şi orientate spre un membru al familiei – întreaga constelaţie fiind reprimată şi negată şi în acelaşi timp proiectată repetitiv orbeşte şi cu rezultate dezastruoase în lumea socială adultă (p. 42).

Cele mai frecvente tipuri de comportamente sexuale excesive sunt clasificate în DSM sub denumirea de parafilie (Schneider, Irons, 1998). Deşi dependentul de sex cheltuieşte mult timp şi

energie în legătură cu comportamentele sale şi consecinţele stresante de viaţă, persoana nu se poate opri. Trăind nivele crescute de stres, comportamentul dependent (de exemplu, mastrubarea) creşte adesea ca frecvenţă şi intensitate şi poate duce la leziuni fizice. Carnes (1991) a identificat 10 tipuri de comportament asociate cu tulburările sexuale de dependenţă :

- sexul fantastic : obsesia faţă de o viaţă sexuală de tip fantezie ;
- rolul sexual seductiv : seducţia şi cucerirea sunt cheia – de exemplu, relaţiile multiple, aventurile şi/sau relaţiile în serie nereuşite ;
- sexul anonim : angajarea în acte sexuale cu parteneri anonimi sau aventurile de o noapte ;
- sexul plătit : plătirea prostituatelor sau a telefoanelor cu conţinut sexual explicit ;
- comercializarea sexului : bani sau droguri primiţi la schimb pentru sex sau folosirea sexului ca pe o afacere ;
- sexul voyeurist : utilizarea pornografiei din cărţi, video sau internet. Este înalt corelat cu masturbarea, până la punctul lezării fizice ;
- sexul exhibiţionist : auto-expunerea (Epstein, Deyoub, 1983) ;
- sexul intruziv : atingerea altora fără permisiune/folosirea unor poziţii de putere pentru exploatarea sexuală a unei alte persoane ;
- schimbul de durere : producerea sau resimţirea durerii pentru creşterea plăcerii sexuale ;
- sexul exploatator : utilizarea forţei faţă de un partener vulnerabil pentru a obţine accesul sexual sau activitatea sexuală cu copiii (pp. 42-44).

Pentru mulţi dependenţi de sex, pornografia combinată cu masturbarea, uneori riscantă din punct de vedere fizic, este piatra de temelie a activităţilor creatoare de dependenţă. În

ultimele stadii ale dependenţei sexuale, persoana dependentă preferă lumea fanteziei şi sexul fantezist cu sine însuşi sau cu alţii în locul sexului relaţional cu un partener. Dependenţa de sex pe internet devine subiect de interes din ce în ce mai pregnant pentru clinicieni (Cooper, 2002).

Tulburările sexuale de tip dependenţă coexistă adesea cu abuzul de substanţe şi sunt în mod frecvent o cauză nerecunoscută de recădere. Dependenţii de sex au fost adesea abuzaţi în copilărie (Carnes, 1991, p. 35) şi pentru că au idei distorsionate despre sex adesea le lipseşte informaţia legată de sexualitatea sănătoasă. Hipnoterapia pentru dependenţii de sex poate viza aspectele care se leagă de rolul stresului în menţinerea comportamentului sexual compulsiv. Strategiile pot include întărirea eului, hipnoanaliza şi învăţarea auto-hipnozei. Hipnoza poate fi de asemenea integrată în consilierea de cuplu şi terapia de grup. În tratamentul dependenţilor de sex, accentul cade asupra ruşinii şi aceasta este cel mai bine tratată în terapia de grup. O dezbatere mai detaliată asupra diagnosticului şi tratamentului este oferită de Irons şi Schneider (1997). Din discuţia de mai sus reiese că pentru a lucra cu dependenţii de sex şi a avea succes este absolut necesară o pregătire riguroasă în această specialitate.

Probleme de somn

Stresul afectează adesea somnul persoanei, aceasta continuând să fie obosită şi chiar mai stresată. Problemele de somn care sunt adesea asociate cu stresul includ dificultăţile de adormire, trezirea în timpul nopţii şi trezitul devreme. Probabil cea mai frecventă tulburare a somnului este insomnia, care poate fi legată de stresul situaţional şi anxietate, deşi există multe alte

cauze posibile (de exemplu, sindromul de apnee de somn şi alte dificultăţi respiratorii, îngrijorarea că nu va putea dormi, durerea, ingestia excesivă de cafeină şi depresia). Atunci când persoana este trează se consumă adesea cu gânduri legate de evenimentele din viaţa sa. Domeniul medicinei somnului s-a extins rapid în ultimele trei decenii, iar diferitele tulburări identificate necesită o evaluare şi intervenţii specifice. Neylan, Reynolds şi Kupfer (1994) descriu o nosologie succintă. Trebuie reiterat faptul că psihoterapeuţii trebuie să lucreze în colaborare cu medicii, ceea ce poate include trimiterea către o clinică specializată în probleme de somn, pentru a asigura pacienţilor un tratament cuprinzător şi integrat. Abordarea psihoterapeutică, care poate include hipnoza, poate acoperi atât gestionarea simptomelor (de exemplu, organizarea unei rutine şi ţinerea unui jurnal), terapia cognitiv-comportamentală şi abordările hipnoanalitice, funcţie de evaluarea clinică.

Spiegel şi Spiegel (1978/2004) sugerează că pacienţii pot deveni „regizori ai traficului” pentru gândurile lor, proiectându-le pe un ecran şi astfel disociindu-se de răspunsul fizic evocat. Ei concluzionează că asemenea abordări pot fi utile în conjuncţie cu abordările standard din laboratoarele pentru somn, incluzând păstrarea dormitorului ca spaţiu în care nu se desfăşoară munca şi alte activităţi generatoare de stres şi evitarea privirii constante a ceasului atunci când persoana este trează.

Rossi şi Cheek (1988) discută o serie de abordări ideodinamice ale problemelor de somn:

> Cea mai satisfăcătoare şi odihnitoare metodă de gestionare a insomniei ocazionale este aceea de a te ridica din pat şi a folosi auto-hipnoza cu o metodă de inducţie înainte de a cere un răspuns ideodinamic la întrebarea: ar fi bine pentru mine să adorm atunci când mă întorc în pat şi să dorm visând frumos şi având

gânduri plăcute până când mă trezesc la ora... dimineaţa? Răspunsul obişnuit este da. Acum cere degetului tău da să se ridice atunci când ştii că îţi poţi ţine promisiunea (p. 383).

Următorul exemplu este reprezentativ pentru o abordare de orientare dinamică.

Intervenţia 41. Facilitarea unui somn bun peste noapte

Atunci când mintea ta inconştientă este gata să participe la procesul de vindecare pentru înțelegerea şi rezolvarea problemelor tale de somn, vei ridica un deget?... Poți discerne această mişcare la început ca o senzație într-unul din degetele tale... Aşa este foarte bine!... Bucură-te că mintea ta inconştientă a fost de acord să participe la această călătorie de descoperire. Lasă mintea ta inconştientă să meargă înapoi în timp la prima experiență din viața ta când ceva s-a întâmplat pentru a face ca somnul să devină important într-un anume fel... Vei fi surprins să descoperi că acest lucru este legat de experiențele tale actuale legat de somn.... Dacă da, degetul tău se va ridica?... Aşa este bine!... Încearcă să îți dai seama ce ai putea face pentru a împiedica ca această experiență să îți deranjeze somnul...şi acum că ştii acest lucru, mai este vreun alt motiv pentru care acest eveniment interferează cu somnul tău la momentul actual?... Acum mergi înapoi la un moment din trecut în care ai dormit bine şi te-ai trezit dimineața simțindu-te cu adevărat bine.... Adormi în acea noapte, iar degetul tău se va ridica... Cred că te vei bucura de acest somn profund şi sănătos... Vei fi fascinat de experiența acelui somn vindecător pe măsură ce mintea ta inconştientă trece în revistă tot ce se întâmplă, incluzând acele perioade în care răspunsurile din vis sunt importante pentru tine... Acum poți să dormi profund şi relaxat noaptea şi să te trezeşti dimineața simțindu-te odihnit şi relaxat? Atunci când ştii că îți vei ține promisiunea față de tine şi față de persoanele care ar fi mulțumite dacă ai dormi bine, degetul tău se va ridica?... Vei deschide ochii?

Rossi (2002) raportează următoarea abordare cu un pacient suferind de insomnie :

> Ochii tăi se vor închide de la sine în câteva momente şi acesta va fi un semnal că mintea ta interioară este gata să te ajute să îți rezolvi problema de somn. Mă întreb dacă îți poți aminti o perioadă în care ai dormit foarte bine? Mintea ta inconştientă te va ajuta să dormi confortabil chiar înainte să realizezi acest lucru? Atunci când simți că vrei să te trezeşti şi să te întinzi, va fi un semnal că mintea ta interioară a învățat ceva util pentru a te ajuta să găseşti confortul şi vindecarea atunci când te întinzi pentru a te odihni.

Rossi i-a sugerat pacientului să se bucure de răspunsul de vindecare ultradian oricând simţea nevoia şi că mintea şi corpul lui puteau folosi acest interval de timp pentru a „rezolva propriile probleme în propriul său fel”. A subliniat faptul că problemele din căsătorie şi problemele cu copiii pot fi adesea rezolvate în moduri care sunt surprinzătoare sau chiar necunoscute minţii conştiente. A fost încurajat să discute fanteziile relevante şi ideile din timpul perioadelor de revitalizare şi odihnă ultradiene.

Următoarea abordare generală este de asemenea utilă pentru pacienţii cu dificultăţi de somn.

Intervenţia 42. Dificultăţile de somn

> Închide ochii, intră în mintea ta şi găseşte toate acele amintiri psihosomatice legate dormitul corespunzător din trecut... Lasă acele resurse să curgă prin corpul şi mintea ta... Relaxează-ți fiecare parte a corpului şi minții tale... Atunci când eşti cu adevărat conştient că poți folosi aceste resurse naturale de vindecare pentru a te bucura de un somn plăcut şi revigorant,

degetul tău se va ridica... Aşa este foarte bine!... Lasă acest lucru să se întâmple de la sine, nu ai nimic de făcut acum decât să conştientizezi că mai târziu în cursul zilei, atunci când este potrivit să foloseşti ceea ce ai învățat, poți dormi în linişte atât timp cât doreşte mintea ta inconştientă. Te vezi acum cum te pregăteşti să mergi la culcare... Mă întreb dacă te vei urca în pat de pe partea dreaptă sau de pe partea stângă... sau poate de la capătul patului... sau poate vei pluti spre pat... Pune capul pe pernă şi lasă aceste resurse de somn să curgă în corpul şi mintea ta... Te simți confortabil şi cald... Pe măsură ce aluneci într-un somn liniştit şi curativ... vor exista momente în care vei visa?... Te vei trezi dimineața relaxat şi proaspăt, gata să te ocupi de sarcinile din viața ta de care este nevoie să te ocupi. Nu ştiu dacă vei experimenta acest somn bun şi curativ în noaptea aceasta sau dacă va fi mâine noaptea, dar poate înainte de finalul de săptămână?

O descriere detaliată a utlizării auto-hipnozei în lucrul cu copiii cu probleme de somn este prezentată în capitolul 8.

Sindromul de stres postraumatic (SSPT)

Definiţie

Din ce în ce mai multe persoane prezintă simptome caracteristice sindromului de stres postraumatic (SSPT). Criteriile diagnostice specifice A (DSM-IV) sunt :

> Persoana a trăit, a fost martoră sau s-a confruntat cu un eveniment sau evenimente care au implicat moartea sau rănirea, a fost ameninţată cu moartea sau rănirea, cu afectarea integrităţii fizice a ei sau a altora, reacţia sa implicând teama intensă, neajutorarea sau oroarea.

Foa, Davidson şi Frances (1999) enumeră simptomele-cheie ale SSPT:

1. Re-trăirea evenimentului traumatic, indicată de:
   - reamintirea intruzivă şi stresantă a evenimentului;
   - flash-uri (sentimentul că evenimetnul reapare în stare de veghe);
   - coşmaruri (evenimentul sau alte imagini înfricoşătoare apar frecvent în vise);
   - reacţii exagerate emoţionale şi fizice la declanşatori care amintesc persoanei de acel eveniment.
2. Evitarea şi amorţeala emoţională indicată de:
   - activităţi, locuri, gânduri, sentimente sau conversaţii legate de traumă;
   - dezinteres;
   - sentimente de detaşare faţă de alţii;
   - emoţii restrictive.
3. Excitaţie crescută indicată de:
   - dificultăţi de adormire;
   - iritabilitate sau izbucniri de furie;
   - dificultăţi de concentrare;
   - hipervigilenţă;
   - răspuns exagerat de teamă.

În afară de aceste trei tipuri principale de simptome, alte simptome uzuale includ atacurile de panică, comportamentul evitant sever, depresia, gânduri şi sentimente suicidare, abuz de substanţe, sentimente de alienare şi izolare, sentimente de neîncredere şi trădare, mânie şi iritabilitate, afectarea severă a funcţionării zilnice şi percepţii şi convingeri stranii. Durata simptomelor trebuie să fie mai mare de o lună pentru a întruni criteriile DSM pentru SSPT şi trebuie de asemenea să aibă

un efect semnificativ în detrimentul funcţionării sociale şi ocupaţionale.

Tulburarea acută de stres

Tulburarea acută de stres este similară cu SSPT în ceea ce priveşte evenimentul precipitant şi simptomatologia, dar este limitată în timp, până la o lună după eveniment. Deşi cele mai multe persoane care au o traumă severă, de exemplu, violul, sunt iniţial simptomatice, cele mai multe îşi revin fără a dezvolta SSPT.

Tulburarea de adaptare

Tulburarea de adaptare este de asemenea un fenomen legat de stres care a dus la maladaptare şi simptome limitate în timp până când stresorul este îndepărtat sau până apare o nouă stare de adaptare (Strain, Newcorn, Wolf, Fulop, 1994, p. 671).

Situaţiile stresante de viaţă

Orice situaţie stresantă de viaţă care stimulează excitaţia excesivă prin intermediul sistemului autonom şi endocrin poate conduce la o simptomatologie clinică variată de SSPT (Rossi, Cheek, 1988). Evenimentele traumatice cu legături demonstrate empiric cu SSPT includ abuzul fizic şi sexual în copilărie (Duncan, Saunders, Kilpatrick, Hanson, Resnick, 1996) ; războiul (King *et al.*, 1995) ; violul la adult (Kilpatrick, Resnick, 1993) ; dezastrele naturale şi tehnologice (Pynoos *et al.*, 1993). Rezultatele studiului naţional de comorbiditate

(Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, Nelson, 1995) arată că expunerea la traumă este un loc comun al vieţii moderne.

Există tot mai multe dovezi privind faptului că mulţi oameni intră într-o stare disociativă (Cardeńa, Spiegel, 1993) în timpul traumelor fizice ţi psihologice, stare ce îi protejează de durerea copleşitoare din acea situaţie. Iniţial, disocierea funcţionează bine în momentul traumei, dar dacă această ultimă apărare durează prea mult timp, atunci interferează cu prelucrarea suferinţei necesară pentru a trece peste acea experienţă şi pentru a reduce probabilitatea simptomatologiei de mai târziu (Spiegel, 1994).

Rossi (1996) consideră că amintirile disociate sau dependente de stare rămân active la nivel inconştient şi precipită şi menţin dinamic simptomatologia psihosomatică. Aceasta poate explica de ce anumite sindroame clinice sunt adesea rezultatul unei disocieri cronice ; de exemplu, tulburările de comportament alimentar, depresia, tulburările obsesiv-compulsive, fobiile, tulburările de panică şi tulburarea de identitate disociativă. Rossi şi Cheek (1988) concluzionează că aceasta duce la *insight*-ul incitant conform căruia : „Întreaga istorie a psihologiei profunde şi psihanalizei poate fi acum înţeleasă ca investigaţie clinică prelungită a felului în care amintirile disociate sau dependente de stare rămân active la nivel inconştient, dând naştere complexelor” (p. 112).

Un studiu recent a investigat efectele transgeneraţionale ale SSPT la copiii ale căror mame au fost expuse atacului de la World Trade Center în timpul perioadei de sarcină (Yehuda *et al.*, 2005). Autorii au concluzionat că „datele sugerează faptul că efectele SSPT maternal legat de cortizol pot fi observate foarte de timpuriu în viaţa copilului şi subliniază relevanţa factorilor *in utero* la riscul biologic potenţial de SSPT”.

Foa, Rothbaum şi Molnar (1995, disponibil pe www.psychiatrist.com), Spiegel (1996), Leskin, Kaloupek şi Keane (1998) şi Dwivedi (2000) realizează o serie de treceri în revistă detaliate privind SSPT. Cititorul poate consulta de asemenea lucrarea lui Holmes şi a colaboratorilor săi (2005) pentru o discuţie asupra SSPT şi a disocierii (www.sciencedirect.com) şi www.trauma-pages.com pentru informaţii de caracter general.

Tratamentul SSPT

Două tipuri de tratament sunt utile în SSPT : psihoterapia şi medicaţia. Unele persoane se recuperează după SSPT doar cu psihoterapie, în timp ce alţii au nevoie de psihoterapie şi medicaţie, iar alţii au nevoie doar de medicaţie (Foa *et al.*, p. 71). O cercetare realizată de experţi a concluzionat că cele trei tipuri de psihoterapie cu adevărat eficace în tratamentul SSPT sunt : gestionarea anxietăţii, terapia cognitivă (Foa *et al.*, 1995 ; Kennerley, 1996 ; Harvey, Bryant, Tarrier, 2003) şi terapia prin joc (Foa *et al.*, 1995). Pe lângă aceasta s-a considerat important ca persoanele cu SSPT şi familiile lor să fie consiliate educaţional şi suportiv. De asemenea s-a admis faptul că desensibilizarea şi procesarea cu ajutorul mişcărilor oculare (Shapiro, 1995 ; Edmond, McCarty, 2004), precum şi hipnoterapia şi hipnoanaliza – de exemplu, terapia stărilor eului (Phillips, 1993) şi psihoterapia psihodinamică – pot fi utile în tratamentul SSPT. Deşi hipnoterapia nu a fost recomandată ca tratament de elecţie, ea poate juca un rol semnificativ atunci când este folosită în conjuncţie cu alte tratamente, precum şi atunci când este folosită ca abordare a unui stres semnificativ. Metodele comportamentale şi cognitiv-comportamentale din

categoria terapiei prin expunere (de exemplu, desensibilizarea, terapia prin inundare sau implozie) sunt la ora actuală tratamentele preferate pentru SSPT (Keane, 1998 ; Leskin *et al.*, 1998a ; Foa, Keane, Friedman, 2000). Aşa cum a observat Meichenbaum (1995), întreaga naraţiune în care este intercalat evenimentul traumatic se poate schimba odată cu repovestirea sau re-experienţierea în direcţia unei mai bune acceptări de sine şi a unei evaluări mai realiste a periculozităţii evenimentului.

Dat fiind că mulţi oameni intră într-o stare disociată în timpul unei experienţe traumatice, permisiunea de a intra într-o stare disociativă structurată în terapie facilitează accesul persoanei la amintirea experienţei. Aceste amintiri trebuie prelucrate pentru a rezolva simptomatologia post-traumatică.

Hipnoterapia

Abordarea hipnoterapeutică (Rossi, 2002) poate fi folosită pentru a ajuta pacientul să recadreze experienţa traumatică originală negativă, permiţând astfel transformarea creativă a problemei iniţiale. Explorarea ideodinamică poate furniza o cale sistematică de acces, revizuire şi transformare a experienţelor trecute într-un mod creativ şi securizant. Deoarece această abordare funcţionează la nivelul integrării inconştiente şi rezolvării problemei psihosomatice, există mai puţine şanse de redeschidere a rănilor traumatice. Evenimentele traumatice pot fi restructurate prin utilizarea resurselor adulte disponibile, pentru a re-experienţia trauma dintr-o perspectivă diferită, în timp ce se dobândeşte un sentiment al controlului asupra trecutului. Cu alte cuvinte, o retărire recursivă a experienţei traumatice permite eliberarea potenţialului creativ al crizei. Rossi scrie :

> Amintirile timpurii sunt de obicei încărcate cu alte stări ale fiinţei, alte aspecte ale personalităţii care s-ar putea să fi fost îndepărtate prematur. Aceste identităţi şi amintiri dependente de stare, atunci când sunt înţelese empatic, indică adesea potenţiale din personalitatea individuală care nu au ajuns la dezvoltarea lor optimă (p. 272).

Experienţe de reeducare

Hipnoza poate fi folosită pentru a furniza experienţe de reeducare pacientului traumatizat (Erickson, Rossi, 1989). În această abordare, hipnoterapeutul stimulează activ schimbarea prin răspunsuri inconştiente la sugestiile directe şi indirecte. O altă abordare care lasă adultul să aline copilul traumatizat este aceea prin care pacienţii sunt încurajaţi să îşi imagineze că urmăresc o casetă video a unui eveniment traumatic anterior. Apoi pacientul este încurajat să plutească înspre scenă şi să aline copilul în orice manieră care i se pare potrivită, precum şi să deschidă un dialog. Acesta este un bun exemplu al nevoii de dezvoltare a unei relaţii reparatorii, propus de Clarkson (2003) şi discutat în capitolul 2.

Tehnicile de imagerie

Spiegel (1994) sugerează că este util ca pacienţii să îşi imagineze evenimentul traumatic pe un ecran imaginar, care le dă sentimentul îndepărtării de experienţă. Ecranul poate fi divizat în două (de exemplu, „tehnica ecranului divizat"), astfel că pacientul îşi vizualizează pe o parte a ecranului un aspect al evenimentului (de exemplu, imaginea violatorului în cazul victimelor violului) şi pe cealaltă parte a ecranului ceva ce persoana a făcut pentru a se proteja (de exemplu, faptul că s-a luptat cu violatorul). Aceasta permite pacientului să

restructureze punctul său de vedere asupra atacului, schimbând teama şi vina în curaj şi control în timpul unei ameninţări copleşitoare. Spiegel subliniază principiile de bază :

> Cel mai stresant lucru în legătură cu un eveniment traumatic este sentimentul neajutorării absolute pe care îl implică. Această neajutorare este re-trăită în sindromul de stres postraumatic prin pierderea controlului asupra stării mentale, cu stări disociative spontane, reacţii de teamă sau reamintiri intruzive ale evenimentului. Mai mult, aceşti pacienţi tind să identifice terapeutul cu agresorul şi simt că terapia duce la o retrăire a traumei. Este esenţial ca acest proces al terapiei, mai ales atunci când se foloseşte o tehnică cum este hipnoza, să fie structurat astfel încât să ducă la creşterea sentimentului de control al pacientului. Acestă abordare poate integra imaginea sa ca persoană, făcând ca materialul reprimat să fie conştientizat şi astfel mai puţin puternic şi permiţându-i să stabilească o imagine de sine nouă, mai armonioasă, absorbind pierderea în fluxul continuu al propriei vieţi (p. 1125).

Imageria poate fi de asemenea folosită pentru a ajuta pacientul să transforme experienţele traumatice din trecut (Stanton, 1989, 1990 ; Hammond, 1990a). Stanton recomandă un proces pe care îl numeşte „aruncarea gunoiului”. Aceasta înseamnă că pacientul se imaginează umplând o chiuvetă cu apă, aruncând toate temerile, anxietăţile şi vina din trecut în apă şi apoi scoţând dopul de la chiuvetă şi privind cum apa tulbure şi murdară dispare din chiuvetă.

Terapeutul poate crea scene imaginare similare legate de „aruncare” care să se potrivească cu atitudinile şi backgroundul pacientului. În tehnica „consilierul interior” (vezi intervenţiile 17 şi 52), pacientul primeşte sfaturi de la un consilier sau un „animal prietenos” asupra oricărei probleme sau griji, incluzând

modalităţi de rezolvare a experienţelor din trecut legate de traumă şi abuz (Bresler, 1990). „Prietenul” poate de asemenea acompania pacientul în timp ce acesta îşi accesează şi revizuieşte materialul traumatic.

Utilizarea poveştilor, glumelor şi metaforelor poate fi de asemenea utilă în prelucrarea din diversele stadii de tratament (Yapko, 1990b, pp. 320-322).

Catharsisul

Prelucrarea în transă cu pacientul suferind de SSPT iniţiază adesea un catharsis emoţional. Pacientul trebuie informat că experienţa traumatică nu este nevoie să fie complet explorată şi rezolvată într-o şedinţă de terapie. E necesar să reamintim aici că terapeutul trebuie să educe continuu pacientul privind posibilitatea retraumatizării dacă se procesează prea mult material la un anumit moment din timp. În timpul şedinţei de terapie este important de spus pacientului că :

> Ai nevoie să şii şi să trăieşti (conştient) doar acele imagini, sentimente şi senzații cărora la poți face față în prezent... Mintea ta inconştientă poate continua să exploreze aceste evenimente şi atunci când te simți sigur le vei descoperi... Mintea ta inconştientă te va lăsa să ştii... poate într-un vis mai târziu în noaptea aceasta... sau poate într-un alt fel, poate cu o senzație corporală sau un sentiment diferit.

Este foarte improbabil ca numai abreacţia sau experienţa traumatică să fie suficiente pentru a lucra cu pacienţii cu SSPT (Van der Hart, Brown, 1992 ; disponibil pe www.trauma-pages.com). Putman (1989) arată că materialul abreactat trebuie procesat şi prelucrat cu grijă. Descoperirea progresivă, prelucrarea şi integrarea materialului traumatic

sunt importante în folosirea hipnoanalizei cu pacienţii cu SSPT (Van der Hart, Brown, 1992 ; Degun-Mahler, 1997).

Un alt model eficace în transformarea experienţelor traumatice disociate este abordarea somatică experienţială (Levine, 1991, 1994). Levine a subliniat importanţa ajutării pacientului pentru a renegocia răspunsul la traumă prin evocarea resurselor psihofiziologice în sistemele perceptuale şi somatice. O serie de tehnici hipnotice pot furniza o centrare somatică, incluzând explorarea senzorială (Altman, Lambrou, 1997), puntea somatică (J.G. Watkins, 1990) şi semnalizarea ideosenzorială (Erickson, Rossi, 1979).

Degun-Mahler (2001) prezintă un caz de folosire cu succes a hipnozei în tratamentul SSPT cronic cu episoade disociative la un veteran de război. Hipnoza a fost încorporată în tratamentul cognitiv-comportamental într-o abordare sugerată de Brende (1985) :

- o tehnică suportivă pentru a reduce anxietatea şi a stabiliza pacientul prin utilizarea unui „loc special" şi a unei „ancore" ce produc calmarea ;
- ca tehnică de descoperire, în care pacientul poate vorbi despre evenimentele traumatice şi poate transforma amintirile fragmentate într-o poveste.

Iniţial, pacientul a învăţat gestionarea anxietăţii cu ajutorul hipnozei, folosind ancora locului special şi auto-monitorizarea pentru a ajuta la identificarea factorilor declanşatori, după care au fost aplicate diverse abordări hipnoterapeutice. Acestea au inclus regresia, chestionarea ideodinamică, terapia stărilor eului, sugestiile visului posthipnotic şi elaborarea hipnotică a visului. În terapia stărilor eului, sinele mai vârstnic şi mai înţelept a oferit sinelui mai tânăr reasigurările necesare şi

afirmaţii alternative despre sine (restructurare cognitivă). Degun-Mahler concluzionează :

> Acesta a fost un rezultat încununat de succes într-un caz cronic şi de lungă durată de SSPT cu trăsături disociative severe şi handicapante. Întregul program de tratament a inclus psiho-educaţia privitoare la SSPT şi metode disociative, cognitiv-comportamentale, cu ajutorul hipnozei, pentru „ancorare" şi identificarea factorilor declanşatori ai episoadelor disociative. Integrarea amintirilor a fost realizată prin reamintirea hipnotică cu ajutorul unor metode non-directive şi rezolvarea amintirilor traumatice prin terapia stărilor eului. Unele dintre amintiri au fost recuperate cu ajutorul hipnozei şi apoi verificate pentru a vedea dacă sunt adevărate. Sentimentele de disociere au fost de asemenea accesate prin vise sugerate hipnotic şi elaborarea hipnotică a viselor. Integrarea ulterioară a amintirilor a fost facilitată de scris, care a fost de asemenea o experienţă hipnotică pentru client (p. 12).

Amintirile recuperate

Amintirile din copilărie legate de abuz sunt adesea descoperite de clinicieni în timpul psihoterapiei prin utilizarea hipnozei şi a altor proceduri. În primele sale lucrări, Freud susţinea că descoperise cum afecta seducţia sexuală din copilărie simptomele isterice la femeile adulte. În 1897 şi-a revizuit însă concluziile arătând că aceste seducţii nu au avut loc cu adevărat, ci erau „fantezii" din copilărie. Această problemă a redevenit de interes în perioada modernă, odată cu recunoaşterea creşterii numărului de abuzuri la copil, aşa cum a fost raportat de mulţi terapeuţi în cazuri de disociere şi alte tulburări (Lamb, 1994). Deoarece pacienţii hipnotizaţi sunt sugestibili, terapeuţii care folosesc această modalitate de tratament trebuie să fie precauţi în mod special pentru a evita

inducerea unor amintiri false. În consecinţă, este important ca terapeuţii să aibă acces la informaţii exacte legate de „sindromul amintirilor false” sau SAF (Toon, Fraise, McFetridge, Alwin, 1996 ; McNally, 2003). Holmes *et al*. (2005) discută aspectele implicate de acest sindrom.

Rapoartele recente publicate de Societatea Britanică de Psihologie (Morton *et al.*, 1995) şi de Asociaţia Americană de Psihologie (1996) au concluzionat că amintirile recuperate despre traumele din copilărie – inclusiv abuzul sexual – sunt în general adevărate, dar nu întotdeauna. Ambele organizaţii au condamnat folosirea tehnicilor bazate pe sugestie (de exemplu, regresia hipnotică) şi imageria ghidată, deoarece amintirile descoperite pot fi false, mai ales la persoanele cu hipnotizabilitate crescută. Dacă procedurile terapeutice implementate sunt orientate pe proces mai degrabă decât pe conţinut, atunci posibilitatea de apariţie a amintirilor false ar trebui însă să fie minimalizată. De asemenea, dacă terapeutul are o înţelegere suficientă şi experienţă în utilizarea implicaţilor terapeutice mai degrabă decât a sugestiilor, aceasta va ajuta la evitarea apariţiei unor artefacte.

Phillips şi Frederick (1995) reamintesc terapeuţilor că „au obligaţia de a rămâne obiectivi în ceea ce priveşte materialul descoperit, de a evita să facă sugestii sau să conducă pacienţii înspre un anumit tip de material amintit, de a rămâne atenţi la limbajul lor, de avea o minte deschisă şi de a revizui fiecare caz ca pe o oportunitate unică de cercetare” (p. 14).

S-au făcut acuzaţii conform cărora SAF nu există cu adevărat şi că acesta ar fi în principal un fenomen socio-politic. Cu toate acestea, au existat totuşi situaţii în care terapeuţii nu au fost suficient de riguroşi (inclusiv hipnoterapeuţii) în adoptarea unei poziţii obiective la prelucrarea materialului amintit. Totuşi există dovezi viabile, rezultate din studiile clinice, care arată

că experienţele de abuz în copilărie sunt reprimate (Herman, Schatzow, 1987). Holmes şi colaboratorii săi (2005) concluzionează : „Atât organizaţia britanică, cât şi cea americană au conchis că este posibil să uităm amintirile legate de abuz pe o perioadă lungă de timp până când ele sunt reamintite mai târziu şi că este posibil să fie create amintiri false” (p. 17).

Capitolul 7

Tratamentul problemelor specifice (2)

V-aţi gândit vreodată la transformare ? De exemplu, atunci când un bloc de gheaţă se încălzeşte treptat, temperatura sa se schimbă, dar rămâne la fel de solid până ajunge la 0 grade şi atunci se transformă în apă. Pe măsură ce temperatura continuă să crească, apa se încălzeşte, dar rămâne apă până când ajunge la 100 de grade şi atunci se transformă în vapori. Fiecare stare nouă apare ca un salt, întrerupt brusc şi bifând o succesiune gradată a schimbărilor de temperatură la fiecare punct de tranziţie. De asemenea este interesant de văzut cum, pe măsură ce temperatura creşte particulele invizibile din gheaţă şi apă se mişcă din ce în ce mai repede.

Durerea

Deşi durerea nu este neapărat produsă de stres, ea e adesea amplificată de stres ; iar durerea poate fi desigur foarte stresantă. Utilizarea hipnozei pentru controlul durerii are o bază puternică în literatura experimentală de specialitate, precum şi în numeroase rapoarte anecdotice, deşi până relativ recent au existat foarte puţine studii controlate care să susţină eficacitatea sa clinică.

Hipnoza ca abordare în tratament asigură pacientului ocazia de a-şi dezvolta auto-eficacitatea în timp ce îşi descoperă

abilitatea de a se relaxa la nivelul musculaturii, de a corecta procesele cognitive disfuncţionale şi de a identifica interacţiunile maladaptative cognitive/fiziologice. Clinicienii îşi pot optimiza eficacitatea prin consultarea literaturii de specialitate (de exemplu, creşterea expectanţelor pacienţilor) şi a rezultatelor clinice ; de exemplu, prin adaptarea sugestiilor hipnotice la tipul de durere (Patterson, 2004).

Au fost descrise numeroase proceduri hipnotice pentru probleme variate de gestionare a durerii acute şi cronice în context medical şi dentar (Bills, 1993 ; Evans, 1994) ; Hilgard şi LeBaron (1984a), Olness şi Gardner (1988), Chaves (1993), Gibson (1994), Hilgard şi Hilgard(1994), Hart şi Alden (1994) şi Barber (1996) sunt surse în care puteţi găsi o descriere a acestora.

Evaluarea iniţială

Aşa cum am discutat deja în capitolul 3, evaluarea iniţială este foarte importantă pentru stabilirea unei relaţii şi construirea alianţei terapeutice. Însă sunt necesare informaţii suplimentare privind „cantitatea şi calitatea" durerii. Trebuie adresate următoarele întrebări :

- De câtă vreme aveţi durerea ?
- Există situaţii în care durerea este mai redusă ? Închide ochii acum şi aminteşte-ţi acele momente… Locul, ce se întâmpla acolo, senzaţiile fizice… Acum „măsoară" gradul de confort cu ajutorul unui intensometru… Lasă indicatorul să se oprească undeva între 0 şi 10, unde 0 este cel mai confortabil… şi 10 cel mai puţin confortabil.

Aceeaşi procedură folosind scala analogică vizuală (VAS) (descrisă în capitolul 2) poate fi folosită pentru a accesa şi a obţine

o evaluare a intensităţii în situaţiile cele mai puţin confortabile. Aceasta permite pacientului să conştientizeze că poate modifica experienţa durerii sale. Se poate folosi de asemenea o scală de evaluare a durerii precum cea publicată de Societatea Britanică împotriva Durerii (www.britishpainsociety.org).

Acum ştii că poți modifica senzațiile din acea parte a corpului, deoarece uneori te simți mai confortabil decât în alte situații şi tocmai ți-ai demonstrat acest lucru... Ai resursele necesare pentru a te simți mai confortabil chiar dacă s-ar putea să nu ştii acest lucru la nivel conştient, dar având încredere că inconştientul tău ştie acest lucru.

- Îmi poţi descrie durerea ?

O descriere detaliată a durerii trebuie să acopere următoarele aspecte senzoriale (Hammond, 1990a, p. 46) :
- senzaţia termică (cald sau rece) ;
- senzaţiile kinestezice şi aspectele legate de presiune (de exemplu, surdă, ascuţită, înţepătoare, grea, junghi etc.) ;
- imageria durerii (dimensiunea, forma, culoarea, textura, sunetul).

Aceasta furnizează clinicianului informaţii valoroase care pot fi utilizate în timpul tratamentului. Următoarea intervenţie poate fi utilă pacientului :

Intervenţia 43. Evaluarea calităţii experienţei durerii

Închide ochii şi concentrează-te un moment asupra durerii... O poți vedea, simți, atinge sau poate chiar auzi... Ce culoare are? Ce temperatură are? Este caldă sau rece? Ce formă şi ce dimeniune are? Dacă o poți atinge spune-mi ce consistență

are? Este tare sau moale, aspră sau netedă? Poate vorbi sau se poate mişca? Mă întreb ce ar putea spune... Dacă ai asculta-o cu atenție ai putea auzi ce are de spus... Poate că are ceva important să îți spună... Dacă nu acum, poate mai târziu în cursul unui vis... Va trebuie să aştepți şi să te întrebi ce se va întâmpla. Imaginează-ți că pluteşti deasupra corpului tău şi poți vedea de sus unde este durerea. Poate durerea din corpul tău are o anumită culoare...

Apoi pacientul este invitat să facă un desen sau o schiţă a durerii. Aceasta poate ajuta la localizarea durerii şi poate de asemenea sugera metafore şi imagini care pot fi utile ca parte a strategiei tratamentului. Hammond (1990a, p. 47) sugerează că utilizarea desenelor pentru localizarea durerii poate fi facilitată dând pacientului o pagină cu o linie desenată în faţa şi pe spatele corpului, cu instrucţiunea de a haşura zonele în care este resimţită durerea. Mills şi Crowley (1986) cer copiilor să deseneze cum arată durerea „acum" (schiţa 1) ; cum arată durerea atunci când este „mult mai bine" (schiţa 2) şi ce va ajuta „schiţa 1" să se transforme în „schiţa 2". Ca în multe alte situaţii, aceasta este atât o evaluare, cât şi o strategie de tratament.

- Cum îţi controlezi durerea pe moment ? Ai încercat şi alte metode în trecut ? Ai mai fost hipnotizat sau ai mai luat în considerare utilizarea hipnozei ?

Dacă pacientul a mai luat în considerare utilizarea hipnozei în trecut, dar a respins ideea, este important de stabilit motivele pentru aceasta şi de ce pacientul reconsideră acum situaţia. Dacă pacientul a mai încercat hipoza şi înainte atunci informaţiile legate de experienţa sa sunt importante pentru tratamentul actual. Atitudinile, expectanţele şi convingerile pacientului joacă un rol important în determinarea rezultatelor tratamentului şi, drept urmare, clinicianul trebuie să identifice

şi să utilizeze adecvat acele variabile care au potenţialul de a creşte sau diminua expectanţele privitoare la răspunsul hipnotic şi rezultatul clinic (Chaves, 1994).

- Cum îţi afectează durerea activităţile tale de zi cu zi şi stilul de viaţă ? Cum s-ar schimba viaţa ta dacă durerea ar dispărea ? Ce ai putea face şi nu faci acum ?
- Ai avantaje pentru că ai această problemă ?

Deşi cei mai mulţi pacienţi cred la început că aceasta este o întrebare fără sens adesea recunosc că pot exista anumite avantaje sau beneficii secundare asociate problemei. De exemplu, pot primi mai multă atenţie din partea partenerului sau evita anumite activităţi neplăcute.

- Ai avut această durere un intreval de timp considerabil ; de ce ai ales acest moment pentru a veni să te tratezi ?
- Ce ai dori să obţii în urma acestui tratament ? Va fi suficientă reducerea senzaţiilor pe care le ai sau modificarea calităţii experienţei durerii ?

Este important de notat aici că scopul tratamentului pentru durere nu înseamnă neapărat a scăpa de durere în întregime. De fapt, îndepărtarea totală a durerii poate să nu fie o idee bună, deoarece durerea este un important mijloc de comunicare care de obicei este nevoie să fie luat în serios. Hammond (1990a) susţine că este necesar să avem un scop realist şi să păstrăm funcţia de semnalizare a durerii în timp ce micşorăm suferinţa şi aspectele incapacitante.

- Ai o poveste proprie care să explice de ce trăieşti durerea ?

Aceasta ar putea fi destul de evidentă, mai ales în cazurile în care durerea este legată de leziuni sau proceduri medicale.

Totuşi există multe cazuri în care persoana trăieşte o durere care nu are o cauzalitate evidentă sau o explicaţie. În aceste situaţii, etiologia este adesea descrisă ca psihosomatică sau psihologică în timp ce, de fapt, cauzele sunt necunoscute. Ascultarea punctului de vedere a pacientului poate da terapeutului indicii pentru intervenţii.

- Ai decis să vii la tratament sau altcineva ţi-a sugerat acest lucru ?

Atitudinea pacientului atunci când a fost trimis este importantă, mai ales în ceea ce priveşte motivaţia şi colaborarea cu terapeutul.

Repetăm, este extrem de important să ne asigurăm că un medic a examinat pacientul înainte de a începe tratamentul. Dacă nu, atunci pacientul trebuie trimis imediat la medic. Dacă un terapeut care nu este medic tratează un pacient nediagnosticat, acest lucru poate avea repercusiuni serioase, mai ales dacă problema are o bază somatică. O cefalee este probabil doar o durere de cap, dar uneori ea poate indica mult mai mult – de exemplu, o tumoră a creierului. În mod similar, durerea de spate este uneori un indicator al cancerului osos. Cu toate acestea, ca şi în cazul multor altor probleme discutate în această carte, idealul îl contituie o echipă multidisciplinară. În orice caz, hipnoterapeutul trebuie să fie familiarizat cu metodele de gestionare a durerii folosite de alţi specialişti.

Evaluarea durerii

O altă metodă pentru a afla felul în care pacientul trăieşte în mod subiectiv durerea, în afară de utilizarea VAS, este aceea de a folosi Chestionarul Durerii McGill (Melzack, 1975). Pentru evaluarea durerii la copii pot fi folosite Chestionarul

Durerii Pediatrice Varni/Thompson (Varni, Thompson, Hanson, 1987) şi Chestionarul Comprehensiv al Durerii pentru Copii (McGrath, 1990). Monitorizarea continuă a intensităţii durerii sau a diferitelor sale componente, oră de oră şi zi de zi în cursul terapiei (Brown, Fromm, 1987) a dat naştere tehnicilor standarizate cum sunt acelea ale lui Elton, Stanley şi Nurrows (1983, Apendix). Prin îndeplinirea eficientă a acestor sarcini diagnostice iniţiale, terapeutul ajunge să înţeleagă natura experienţei dureroase a pacientului, atât cât este posibil de înţeles o asemenea experienţă. Procedând astfel, terapeutul se va afla într-o poziţie mult mai bună pentru a face sugestii terapeutice adecvate şi pentru a iniţia strategii de tratament optime.

De exemplu, la un moment dat cu ani în urmă am cerut unei paciente tinere diagnosticate cu spondiloză lombară să îşi imagineze că stătea întinsă la soare pe o plajă din Grecia (îmi spusese că tocmai se întorsese din vacanţă). Pe parcursul tratamentului, pacienta a devenit tot mai agitată şi a remarcat că durerea ei se înrăutăţea pentru că era „un roşu fierbinte". Apoi mi-a spus că de obicei simţea durerea ca fiind „roşie şi fierbinte". Dacă aş fi obţinut această informaţie la începutul şedinţei de terapie nu aş fi făcut o asemenea sugestie nefericită şi inadecvată. Însă de îndată ce mi-a spus acest lucru i-am sugerat să îşi imagineze că intră în mare şi lasă valurile să o spele încet până când spatele ei a ajuns la o temperatură confortabilă. Această sugestie a funcţionat foarte bine şi a putut modifica calitatea durerii prin schimbarea unei dimensiuni importante, şi anume temperatura (şi incidental şi culoarea durerii). Această dimensiune (temperatura) ar fi fost de asemenea evaluată prin folosirea Chestionarului Durerii McGill sau a unei adaptări a sa. Desigur, în loc de folosirea testelor descrise mai sus în mod formal, pacientul poate fi

rugat pur şi simplu să descrie durerea (vezi evaluarea iniţială de mai sus) sau să deseneze durerea şi culoarea ei.

O parte din evaluare poate să includă de asemenea o evaluare a expresiei anxietăţii şi depresiei, care adesea însoţesc atât durerea acută, cât şi pe cea cronică. Inventarul pentru Anxietate Beck (Beck *et al.*, 1988) şi Inventarul Beck de Depresie (Beck, 1967) sunt instrumente utile în evaluarea clinică cu acest scop. Pacienţii care au o durere acută diferă adesea în expresia anxietăţii de cei care au o durere cronică şi aceasta poate sugera o modalitate diferită de tratament (Vingoe, 1993). Pacienţii cu durere acută sunt adesea mai anxioşi decât cei cu durere cronică, probabil din cauza naturii mai predictabile a durerii acute. De obicei, ea este limitată în timp şi cu o durată mai mică de şase luni. Exemple de acest tip sunt durerea asociată naşterii, dismenoreea şi procedurile medicale şi dentare cum sunt injecţiile, aspiraţia de măduvă osoasă, puncţia lombară, inserarea unui aparat intrauterin şi intervenţiile chirugicale (Hart, Alden, 1994, p. 122). Deoarece durerea acută scade treptat în intensitate, tehnicile de relaxare şi alte proceduri de reducere a anxietăţii sunt de regulă suficiente. Cei care suferă de durere cronică, pe de altă parte, au în general un nivel mai crescut al depresiei şi demoralizării (Axelrad, 1990). Exemplele includ durerea din traumatismul medular, durerea de spate, cefaleea de tensiune, migrena, sindromul de colon iritabil, durerea facială atipică, durerea artritică şi reumatică şi durerea asociată cancerului (Hart, Alden, 1994, p. 122).

Turk, Meichenbaum şi Genest (1983) au împărţit durerea în mai multe tipuri :

- durerea acută (de exemplu, durerea post-chirurgicală, durerea dentară, naşterea) : limitată în timp ; descreşte treptat în intensitate ; nu există de obicei factori

psihologici şi beneficii secundare ; tratament eficient prin proceduri de reducere a anxietăţii şi relaxare ;
- durerea cronică, periodică (de exemplu, migrenele, nevralgia de trigemen) : apare intens şi intermitent ; probabilitate crescută de factori psihologici ; tratamentul se poate centra pe ameliorarea simptomelor ;
- durerea cronică, constantă şi benignă (de exemplu, durerea de spate) : prezentă în cea mai mare parte a timpului ; factorii psihologici şi beneficiile secundare pot fi importante, inclusiv factorii interpersonali şi financiari ; strategiile de tratament trebuie să ia în considerare factorii psihologici ;
- durerea cronică progresivă (de exemplu, durerea din cancer) : progresivă şi constantă, cu presiune intensă asupra pacientului ; anxietatea este adesea un factor important.

Se poate vedea că dacă cunoaştem tipul de durere prezentat de pacient aceasta ne poate furniza indicaţii importante legate de strategia globală de tratament, precum şi de abordările clinice hipnotice mai specifice.

Strategii şi tehnici de gestionare a durerii

Iniţial este important ca pacientul să îşi acorde „permisiunea inconştientă” de a da voie terapeutului să îl ajute sau să faciliteze îndepărtarea durerii. Nu este suficient ca pacientul să vă ceară ajutorul la nivel conştient, deoarece durerea poate avea un anumit înţeles inconştient. Mulţi dintre cei care tratează durerea în clinici nu au înţeles că există acest sens ascuns al durerii. Dacă nu există factori inconştienţi aparenţi care să contribuie la durere (determinat prin utilizarea semnalizării ideodinamice), atunci se pot folosi o serie de tehnici de tipul

relaxare de bază, întărirea eului, sugestii şi imagerie, care sunt descrise mai jos. Atunci când se folosesc abordări de gestionare a durerii este important ca terapeutul să sublinieze „siguranţa şi adecvarea”, din motive evidente. Un pacient care are o durere de spate doreşte să se simtă mai confortabil pentru a-i permite să se bucure de viaţă fără durerea constantă „supărătoare”. Însă acest lucru ar fi probabil imposibil dacă un asemenea pacient ar începe să sape în grădină! De asemenea este important să spunem pacientului despre controlul durerii. Următoarea abordare poate fi utilizată.

Intervenţia 44. Utilizarea experienţei de control al durerii

> Ştiai că atunci când eşti îngrijorat, deprimat, ai dureri sau anticipezi durerea îți încordezi muşchii frunții, ai gâtului şi brațelor... Iar atunci când eşti liniştit îți relaxezi aceşti muşchi şi în consecință te simți mai confortabil?... Este dificil să relaxezi aceşti muşchi intenționat... trebuie să o faci indirect amintindu-ți vremuri şi locuri în care te-ai relaxat automat şi inconştient... De exemplu, amintindu-ți perioada când erai în concediu şi te distrai. În mod curios, atunci când înveți să faci asta automat îți îmbunătățeşti de asemenea abilitatea de a tolera sau chiar de a ignora factori care te-au făcut anxios, depresiv sau să te simți inconfortabil. Un prim pas spre deprinderea controlului durerii este acela de a realiza că poți acorda atenție unui braț simțind cât de greu este şi apoi observând greutatea din celălalt braț.

Olness şi Gradner (1988) descriu o metodă numită „cutia cu comutatoare”, în care terapeutul explică copilului idea că durerea este transmisă de la nervi în diferite părţi ale corpului până la creier, care apoi transmite un „mesaj de durere” corpului (se pot folosi desene colorate pentru a facilita explicaţia).

Apoi pacientul este rugat să aleagă un comutator care poate întrerupe sau modula semnalele nervoase incomplete (de exemplu, un buton sau o manetă), situat acolo unde doreşte pacientul (de exemplu, în creier sau lângă locul în care e simţită durerea). Pacienţii au fost rugaţi să practice întreruperea cu ajutorul comutatorului pe perioade definite de timp, începând cu 10-15 secunde şi apoi pe perioade tot mai mari. Hawkins, Liossi, Hatira, Ewart şi Kosimidis (1988) au folosit această tehnică într-un program pentru copiii care erau supuşi puncţiei lombare. De asemenea am folosit cu succes această tehnică la pacienţii dintr-o clinică de neurologie.

Hammond (1990a, p. 47) prezintă o clasificare utilă a strategiilor şi tehnicilor hipnotice pentru gestionarea durerii. Însă, repet acest lucru, asemenea „liste" nu sunt exhaustive – există întotdeauna şi alte posibilităţi şi inventarea unor modalităţi noi şi creative de intervenţie depind de imaginaţia terapeutului şi de colaborarea intimă cu pacientul. Ca regulă generală, este important să învăţăm pacientul auto-hipnoza pentru controlul propriei dureri cât de curând posibil în programul de tratament, deoarece pacientul dobândeşte astfel sentimentul controlului care adesea lipseşte la pacienţii cu durere cronică. Întărirea eului poate fi de asemenea valoroasă în cazul pacienţilor cu durere cronică care adesea dezvoltă sentimente de stimă de sine scăzută şi o evaluare scăzută a sinelui.

O altă rezervă importantă se referă la aceea că o anumită experienţă senzorială trebuie să rămână întotdeauna, cu excepţia unui mic număr de situaţii, cum sunt anestezia dentară, naşterea, durerea asociată cu cancerul, durerea din membrele fantomă şi atunci când hipnoza este folosită pentru anestezia chirugicală (Hammond, 1990a, p. 49).

Relaxarea

Relaxarea este adesea foarte eficientă în controlul durerii legate de stres, mai ales al durerii acute, deoarece reduce anxietatea şi tensiunea. În plus este relativ uşor pentru pacienţi să înveţe cum să folosească singuri aceste tehnici. Mai jos sunt prezentate o serie de intervenţii şi deşi ele sunt redate separat pot fi combinate destul de uşor. Amintiţi-vă să îi spuneţi pacientului ce aşteptaţi să facă, înainte de începerea şedinţei de hipnoză.

Intervenţia 45. Relaxarea respiratorie

> În primul rând, conştientizează-ţi respiraţia... Lasă aerul să treacă prin nas şi până în plămâni (*terapeutul merge în acelaşi ritm cu pacientul spunând acest lucru atunci când pacientul inspiră*)... Lasă aerul din nou afară (*terapeutul spune acest lucru atunci când pacientul expiră*)... expirând toată tensiunea reziduală din mintea şi corpul tău... Nu este nevoie să faci nimic decât să laşi ca acest lucru să se întâmple (*această secvenţă poate fi repetată de mai multe ori*)... Şi data viitoare când inspiri, insipiră profund şi ţine-ţi un pic respiraţia... Pe măsură ce expiri, laşi corpul tău să devină relaxat ca o păpuşă de cârpă... Valurile de relaxare se răspândesc în fiecare parte a corpului tău ca atunci când o piatră aruncată într-un ochi de apă într-o zi caldă de vară face ca valurile să se răspândească pe suprafaţa apei... Se răspândeşte în fiecare parte a corpului tău, de la vârful capului până la degetele de la picioare. Şi, pe măsură ce relaxarea se răspândeşte în întregul tău corp, poate vei observa cât de confortabil se simte fiecare celulă din corpul tău, în vreme ce descoperi acele amintiri şi resurse pe care le deţii pentru a te simţi calm şi profund relaxat.

Intervenţia 46. Relaxarea pasivă progresivă pentru durerea specifică (training autogen modificat)

Clinicianul poate începe cu o abordare care ajută pacientul să îşi relaxeze întregul corp (vezi intervenţia 45), apoi se pot adăuga următoarele :

> Poate există o parte a corpului tău care doreşte să experimenteze această relaxare profundă într-o măsură şi mai mare acum... Lasă căldura, greutatea şi relaxarea să curgă către acea parte a corpului tău... scăldând acea parte a corpului tău în relaxare şi energie vindecătoare... Pe măsură ce restaurează acea parte a corpului tău spre o funcționare optimă... Ştiind la un anumit nivel că ai resursele pentru a lăsa acest lucru să se întâmple... de la sine... Nu trebuie să faci nimic conştient... Având încredere în mintea ta inconştientă... pentru a lăsa ca acea parte a corpului tău să se simtă mai confortabil... dacă acest lucru este potrivit... în viitor.

Observaţi că nu se menţionează care parte a corpului. Se subliniază relaxarea întregului corp. Acest lucru este destul de uşor pentru pacient şi îl ajută să dezvolte destul de repede sentimentul controlului şi abilităţii.

Intervenţia 47. Sfera de lumină

Secvenţa poate urma după intervenţia 46.

> Continui să respiri lent şi fără efort... Poți lăsa o sferă de lumină calmă şi vindecătoare să plutească în jurul corpului tău... pe măsură ce inspiri astfel încât se deplasează de-a lungul spatelui tău şi peste vârful capului... Pe măsură ce expiri se scurge peste partea din față a corpului tău... îndepărtând toată tensiunea

> reziduală... lăsându-ți corpul cald, greu şi relaxat... Şi această sferă de lumină poate continua să plutească în jurul corpului tău mult după ce ai părăsit acest loc... atât timp cât este necesar şi sigur pentru tine etc.

În toate aceste intervenţii, atunci când a fost realizat un nivel adecvat de relaxare pacientului i se poate cere să „ancoreze” această stare într-un fel anumit, de exemplu :

> Şi atunci când acest sentiment de relaxare este puternic şi confortabil, împreunează degetul mare şi cel arătător şi pe măsură ce le freci unul de altul devii din ce în ce mai relaxat... În timpul săptămânii atunci când eşti acasă sau la serviciu poți face acest lucru astfel încât să devii din ce în ce mai relaxat şi să te simți tot mai confortabil în mod automat şi spontan... Vei fi surprins să vezi cât de bine poate funcționa acest lucru.

VAS poate fi de asemenea folosită pentru a facilita reducerea intensităţii durerii. Se poate ca pacientul să fi fost deja familiarizat cu această abordare în timpul evaluării iniţiale.

Imageria ghidată

Există multe modalităţi de utilizare a imageriei ghidate pentru ameliorarea durerii (Williamson, 2004). Metodele folosite sunt alese funcţie de natura durerii însăşi, experienţele şi preferinţele pacientului şi bineînţeles creativitatea terapeutului. Mai jos sunt date o serie de exemple, pentru a oferi terapeutului indicii privitoare la variatele posibilităţi.

Alden (1992) descrie o tehnică numită „bazinul magic”. Autoarea cere pacientului să îşi imagineze că merge pe o potecă dintr-o grădină sau pe o plajă şi descoperă un loc ascuns cu un bazin care are proprietăţi speciale pentru a linişti şi a calma.

Apoi pacientul îşi imaginează că intră în apă, lăsând apa magică să spele durerea şi anxietatea, lăsând pe piele o peliculă invizibilă a vindecării. Alden sugerează mai departe că această tehnică poate fi folosită pentru bolile de piele prin sugestia că apa are un efect medicinal. Am utilizat o tehnică similară care se numeşte „duşul magic”.

Intervenţia 48. Tehnica duşului magic

După ce pacientul este în transă este invitat să facă un duş magic.

> Ştii că picăturile de apă care vin din acest duş sunt picături magice foarte speciale, care au proprietăți extraordinare de vindecare... Poți ajusta temperatura apei astfel încât să fie foarte relaxantă şi confortabilă pe măsură ce curge peste corpul tău... ajutându-te să te simți mai calm şi mai relaxat... pe măsură ce apa magică curge peste fiecare celulă din corpul tău astfel încât îndepărtează toată tensiunea şi disconfortul... vindecând fiecare celulă şi restaurându-i funcționarea optimă... Poate există o parte a corpului tău care are nevoie de această vindecare specială chiar acum... Lasă apa magică să curgă în acel loc... dizolvând tot disconfortul... pe măsură ce curge fără efort... Afară din corpul tău...

O tehnică similară, „lichidul medicinal”, este descrisă de Hart şi Alden (1994, p. 133), în care pacientul îşi imaginează că bea o băutură cu gust bun care îi umple corpul şi se ataşează durerii. Atunci când durerea se ataşează de lichid, ea îşi schimbă culoarea şi consistenţa şi poate fi golită din corp prin deschiderea unor robinete la vârful degetelor de la mâini şi de la picioare. Bineînţeles aceste tehnici pot fi folosite pentru o gamă largă de probleme psihosomatice, ca şi tehnica care urmează.

Intervenţia 49. Floarea magică

Pacientul este invitat să viziteze o grădină frumoasă (atunci când pacientul este evaluat în prima şedinţă de terapie, întrebaţi dacă îi plac florile sau grădinile). Adesea „duc” pacientul mai întâi la locul său preferat şi apoi în grădină.

> Cum te uiți în jur în locul tău preferat observi culorile... formele... mişcările... bucurându-te de experiență, simțindu-te relaxat, calm şi în pace... Conştientizează sunetele pe care le auzi... Temperatura aerului pe mânile şi fața ta... Pe măsură ce te uiți de jur-împrejur observi o potecă înaintea ta care te invită la plimbare... Te invit să urmezi această potecă, păşind pe ea până când ajungi într-o grădină foarte frumoasă, făcând şase paşi... Numără de la şase la unu pe măsură ce păşeşti pe această potecă... devenind din ce în ce mai relaxat cum mergi în jos spre grădină... şi în grădină te uiți împrejur... conştientizând ceea ce vezi... ceea ce auzi... ceea ce trăieşti... şi observi o floare foarte frumoasă... Inspiră profund, îi simți parfumul vindecător... Lasă parfumul florii să intre în acea parte a corpului tău care are are nevoie de vindecare specială acum... Ştii că parfumul vindecător poate ajuta la restaurarea sentimentelor de confort, calm şi pace...

În cursul şedinţei de hipnoterapie, unul dintre pacienţii mei cu durere cronică în zona lombară a spatelui a vizualizat spontan o imagine a broaştei ruginite a unei uşi care era dificil de deschis. A pus nişte ulei pe broasca uşii, ceea ce a făcut ca mecanismul să fie eliberat. După aceea a spus că spatele său era foarte similar cu broasca uşii şi că probabil l-ar ajuta „o infuzie de ulei”. Apoi în următoarea transă şi-a imaginat că uleiul de măsline (ingerat odată cu mâncarea) merge în spatele său şi lubrifiază spatele pentru a funcţiona mai eficient. După

această şedinţă de terapie a spus că durerea de spate a scăzut ca intensitate şi că poate sta în pcioare fără să se aplece mult mai mult decât putea sta înainte. Acest lucru a fost evident atunci când s-a ridicat de pe scaun. I s-a cerut să revadă această imagine în fiecare zi pe parcursul săptămânii. Când a venit la următoarea şedinţă de terapie a spus că în cursul săptămânii problema sa cu spatele se ameliorase considerabil şi că folosea acum uleiul de măsline în mâncare mult mai mult decât îl folosise înainte! Sper că nu au apărut simptome iatrogene din acest motiv. Aspectul important este acela că pacientul însuşi, şi nu terapeutul a generat imaginea folosită.

Pacienţii pot fi de asemenea învăţaţi să se vadă într-un alt loc plutind pe un nor sau un covor magic sau prin alt mijloc de transport.

Transformarea durerii

Sunt folosite două modalităţi de transformare:

- acelea în care durerea este mutată (dizlocată) într-o parte diferită a corpului;
- acelea în care experienţa durerii (temperatura, culoarea, forma, senzaţiile) este modificată, astfel încât să devină mai acceptabilă.

În metodele de transformare, pacientului nu i se cere să renunţe la durere, ci doar să o transforme. În transformarea fizică a durerii, aceasta este mutată sau dizlocată spre o parte a corpului care este mai puţin importantă pentru activităţile pacientului sau o parte care este mai puţin semnificativă (de exemplu, durerea de mână care face ca pacientul să aibă

probleme la scris poate fi mutată în degetul mic de la piciorul stâng). Durerea din extremităţi este de obicei mai puţin cauzatoare de teamă decât durerea abdominală (Karle, Boys, 1987). Această procedură este valoroasă mai ales în cazurile de durere cronică, intratabilă, benignă, unde există adesea un motiv psihologic (de exemplu, beneficiu secundar), astfel încât pacientul păstrează durerea. Barber (1990, p. 50) oferă următorul exemplu de înlocuire:

> Pe măsură ce continui să acorzi atenție disconfortului tău abdominal, dă-mi de ştire când începi să observi cea mai mică deplasare a acestei senzații... Aşa este bine, acum observă că pe măsură ce mişcarea se produce, poate în sens circular, pentru a creşte... Se mişcă în sensul acelor de ceasornic sau în sens invers acelor de ceasornic?... Aşa este bine, continuă să fii curios pe măsură ce observi cum senzația continuă să se mişte, într-o spirală care creşte, rotindu-se şi rotindu-se în abdomenul tău şi observă care picior începe să se mişte...

Probabil că este o idee bună ca terapeutul să întrebe pacientul în care parte a corpului ar dori să mute durerea. Încă o dată, trebuie subliniat că terapeutul trebuie să fie precaut cu adoptarea acestor proceduri şi să se consulte cu medicul în privinţa naturii problemelor pacientului.

Substituirea unei senzaţii cu alta (de exemplu, prurit, presiune sau căldură) în ceea ce priveşte durerea trebuie să ajute la interpretarea ei. Hart şi Alden (1994) spun că succesul este mai probabil dacă senzaţia de substituţie nu este în totalitate plăcută, deoarece acest lucru nu ar fi plauzibil pentru pacient (p. 135). Pacientului i se poate cere să îşi imagineze durerea (amintiţi-vă că aceasta trebuie să fie o parte a procedurii de evaluare) şi să schimbe una sau mai multe calităţi semnificative ale durerii, cum ar fi forma, culoarea, mărimea, temperatura

sau intensitatea. Sugestiile de căldură la nivelul mâinii şi răcorirea capului sunt folosite în mod tipic pentru migrenă (Alladin, 1988), iar căldura mâinii pusă pe stomac pentru sindromul de colon iritabil (Whorewell, Prior, Fragher, 1984). Folosirea VAS (descrisă anterior) este o metodă eficientă pentru modificarea intensităţii durerii şi pentru monitorizarea eficacităţii terapiei.

Intervenţia 50. Vizualizarea durerii (adaptat după Simonton, Matthews-Simonton, Creighton, 1978, p. 205)

> Concentrează-te asupra durerii şi observă ce culoare are... vezi culoarea şi forma şi dimensiunea ei foarte clar... Pe măsură ce continui să respiri încet şi fără efort, durerea îți apare tot mai clar... poate fi de mărimea unei mingi de tenis ... sau a unui grapefruit... sau a unei mingi de baschet...Proiectează mental mingea în spațiu... poate la o distanță de câțiva metri de corpul tău... Fă mingea să devină mai mare, aproximativ de mărimea unei mingi de baschet... apoi redu mărimea ei la dimensiunea unui bob de mazăre... Acum las-o să devină de mărimea dorită... Lasă ca acest lucru să se întâmple de la sine... Acum începi să schimbi culoarea mingii, făcând-o întâi roz şi apoi verde-deschis... Aşa că ia acum mingea verde şi pune-o înapoi unde ai văzut-o la început. Şi în acest punct, observă dacă durerea ta s-a redus... şi pe măsură ce deschizi ochii eşti acum pregătit să îți reiei activitățile normale.

În mod normal nu este nevoie să hipnotizăm mai întâi pacientul, deoarece însăşi angajarea în vizualizare va induce transa.

Distorsiunea temporală

Faptul că distorsionăm timpul, încetinindu-l sau accelerându-l, este un fenomen bine cunoscut cotidian. Această idee trebuie explicată pacientului prin folosirea unui exemplu uzual (de exemplu, privitul unui program TV interesant în comparaţie cu aşteptarea unui autobuz în ploaie), subliniind faptul că pacientul are resursele pentru a încetini trecerea timpului simţindu-se confortabil şi de a-l accelera atunci când trăieşte un nivel inacceptabil de durere. Este util să cerem pacientului să dea un exemplu personal, ceea ce probabil va putea face destul de repede.

Intervenţia 51. Distorsiunea timpului

Ştii deja cum să modifici trecerea timpului?... Să îl încetineşti şi să îl accelerezi chiar dacă nu ştii exact cum faci asta... Există momente în viață când timpul se scurge foarte repede... Atunci când te distrezi de exemplu... Şi există alte momente când timpul trece foarte încet (*terapeutul poate încetini ritmul vorbirii atunci când spune acest lucru*)... Aşa că ai deja resursele pentru a face acest lucru fără a încerca să întreprinzi nimic... Pentru că pur şi simplu se întâmplă... Aşa că, poate, poți lăsa ca timpul să treacă mai încet atunci când te simți confortabil şi relaxat... în timp ce atunci când nu te simți confortabil, poți lăsa timpul să treacă mult mai repede... Şi astfel vei avea mai mult timp pentru a trăi sentimentul de confort şi relaxare... Atunci când ştii că poți face acest lucru fără să încerci, mâna ta se va ridica... Atunci când va ajunge în dreptul feței tale, ochii tăi se vor deschide?

Proiecţia

Jaffe şi Bresler (1980) cer pacientului să dea durerea unui „animal prietenos” pentru a o păstra în siguranţă sau cer un sfat pentru a gestiona durerea (vezi intervenţiile 17 şi 52). Este important ca terapeutul să sublinieze faptul că pacientul poate ţine o parte din durere pentru el însuşi, precum şi ideea că „animalul preferat” are doar grijă de durere şi că pacientul o poate primi înapoi oricând. Tehnici similare includ punerea durerii într-o cutie, un sertar sau un plic sau trimiterea prin poştă a durerii către un prieten. Odată am cerut unui pacient să îşi pună durerea într-un plic care a fost sigiliat, etichetat cu numele pacientului, cu o scurtă descriere a conţinutului şi plasat într-un sertar închis. Câteva zile mai târziu, pacientul mi-a telefonat pentru a se asigura că durerea era în continuare închisă în siguranţă, deoarece se temea că durerea „ar putea scăpa” sau „s-ar putea pierde”. L-am reasigurat că era încă în sertar în plic. Pacientul a continuat să verifice din când în când şi doi ani mai târziu durerea era încă în sertar !

Intervenţia 52. Durerea dată unui animal prietenos

> Inspiră profund şi lasă corpul tău să plutească spre locul tău preferat în aer liber, observând ceea ce vezi... ceea ce auzi... ceea ce miroşi... şi ceea ce atingi... simțind temperatura aerului pe mânile şi fața ta... şi felul în care te simți acum... Inspiră energie vindecătoare, care se scurge în fiecare parte a corpului tău, fiecare celulă devenind relaxată şi simțindu-se complet confortabil. Pe măsură ce continui să te bucuri de acest sentiment de relaxare fără efort, observi o potecă prietenoasă în fața ta şi cum te uiți mai atent observi o sferă de lumină aducătoare de pace care se mişcă încet şi fără efort înspre

tine... Începi să te bucuri de pacea şi calmul care radiază de la ea... Pe măsură ce se apropie tot mai mult vezi cum se transformă într-un animal sau o persoană prietenoasă... Îi urezi bun venit prietenului tău şi îl întrebi cum se numeşte, şi poți să îi împărtăşeşti orice informație personală dacă este potrivit să faci acest lucru. Aş dori să ştii că prietenul tău este foarte special şi te poate ajuta cu problemele din viața ta, inclusiv cu durerea... Poate avea grijă de durerea ta atât timp cât doreşti... Acest lucru nu îi va produce nici un disconfort. Poți să îl întrebi dacă poate face acest lucru pentru tine. Dacă răspunsul este pozitiv, atunci dă-i durerea ta într-un mod special ştiind că poți să o ceri oricând înapoi. Aşa este foarte bine! Şi acum este momentul să îi mulțumeşti prietenului tău şi să îi spui la revedere, ştiind că îl poți întâlni oricând doreşti în viitor... Tot ce trebuie să faci este mergi în acest loc special şi să observi poteca şi sfera de lumină... Acum, fiind în locul tău special încă odată, cu fiecare respirație devii din ce în ce mai uşor, această senzație răspândindu-se în sus prin corpul tău spre față şi până în pleoape, pe măsură ce ele se deschid încet... Foarte bine... eşti în această încăpere... simțindu-te relaxat şi confortabil... şi având încredere în mintea ta inconştientă pentru a te lăsa să stai aşa atât timp cât îți comod. Ştii data de azi, ziua săptămânii şi ce vârstă ai... Poate îmi poți spune cu ce mijloc de transport vei merge acasă după şedința de terapie?

Analgezia şi anestezia hipnotică

Analgezia şi anestezia pot fi sugerate direct sau prin metode ericksoniene indirecte. Metodele indirecte sunt mai potrivite pentru pacienţii rezistenţi, mai ales aceia care au beneficii secundare de pe urma durerii şi care resping o abordare directă.

Hawkins şi colaboratorii săi (1988) au folosit următoarea sugestie directă :

Acum vom face un număr greu de magie ... Întâi trebuie să laşi partea inferioară a spatelui să doarmă timp de câteva minute...

Îți voi arăta cum să faci...Voi plasa mâna mea pe spatele tău pentru a-l ajuta să amorțească... să adoarmă şi să amorțească... uşor şi somnoros.
Imaginează-ți că pictezi un medicament care amorțeşte pe spatele tău.
Imaginează-ți cum injectezi un antestezic în partea inferioară a spatelui tău... şi simți cum antestezicul intră în corp... Observă schimbarea senzațiilor pe măsură ce zona amorțeşte.

Kuttner (1986) descrie folosirea „anesteziei în mănuşă" sau tehnica mănuşii magice cu un copil cu cancer căruia îi displăcea profund chimioterapia. Copilul a fost rugat să îşi imagineze că pune o mănuşă magică pe mână pentru a acoperi, proteja şi amorţi mâna. Odată ce mănuşa era acolo, acul era băgat în venă fără dificultate. Este esenţial ca pacientul (şi părinţii în exemplul de mai sus) să fie pregătit corespunzător pentru aceste abordări pentru că dezvoltarea unui set mental pozitiv sau a expectanţelor este o parte importantă a procesului.

Hawkins şi colaboratorii săi (1998) au folosit următoarea tehnică pentru transferarea amorţelii de la mână la zona dureroasă la copiii cu cancer :

Acordă atenție mâinii tale... observă cum senzația de gâdilare din mâna ta... las-o să amorțească... Când este foarte amorțită, atinge partea de jos a spatelui tău cu mâna... lasă amorțeala să treacă din mâna ta în spate.

Pacientului i se poate de asemenea cere să îşi amintească un moment în care a primit un anestezic :

Intră în mintea ta şi găseşte un moment din viața ta în care o senzație plăcută de amorțeală s-a instalat în corpul tău. Deja observi cum încep aceste schimbări confortabile? Este foarte pozitiv şi reconfortant să ştii că poți lăsa ca aceste schimbări să

aibă loc şi că mintea ta inconştientă îți poate permite să faci acest lucru oricând este potrivit pentru tine. Aşa este foarte bine, pe măsură ce laşi aceste senzații să se răspândească spre o anumită parte a corpului tău, poți fi surprins să descoperi că orice parte a corpului tău pe care o alegi poate fi foarte relaxată.

Metaforele şi poveştile

Utilizarea poveştilor şi metaforelor este o modalitate bună de a trece peste orice rezistenţe conştiente pe care le-ar putea avea pacientul. Ele trebuie atent adaptate intereselor pacientului şi problemei. Hammond (1990a, pp. 45-83) furnizează o serie de exemple în acest sens.

Hipnoanaliza

În hipnoanaliză, pacientul poate fi regresat înapoi la momentul din timp dinaintea începerii durerii sau un moment din timp la care durerea a fost mai puţin severă, astfel încât să se bucure de trăirea confortului şi calmului în acea zonă a corpului care în prezent este afectată de durere.

Intervenţia 53. Regresia psihosomatică pozitivă

Închide ochii şi dezvoltă orice nivel al transei adecvat pentru tine, lasă mintea ta inconştientă să te ducă înapoi în timp la acel moment din trecut în care corpul tău se simțea bine şi confortabil peste tot... Atunci când te puteai bucura de fiecare parte a corpului tău care se simțea relaxat, confortabil şi în pace... Atunci când mintea ta inconştientă a găsit acea experiență în care întregul tău corp s-a simțit confortabil îți poți

mişca unul dintre degete pentru a indica că acest lucru s-a întâmplat, chiar dacă nu ştii încă acest lucru în mod conştient... Cred că te vei bucura de această trăire a acelor senzații de confort în întregul corp, incluzând spatele tău (*sau zona în care există durerea*)... Ştii că ai resursele pentru a lăsa acest lucru să se întâmple oricând în viitor... Când este bine pentru tine şi eşti în siguranță... Ştii că împreunând degetul mare şi arătătorul este un semnal pentru ca acest lucru să se întâmple atunci când doreşti... Şi acum ia cu tine aceste sentimente şi senzații în viitor şi trăieşte felul în care faci ceva ce îți este potrivit şi de care te poți bucura... simțindu-te relaxat şi confortabil.

Terapeutul poate de asemenea continua cu o abordare ideo-dinamică :

Aş dori să rog mintea ta inconştientă ca, oricând doreşte şi poate, să te lase să iei cu tine aceste sentimente şi senzații pozitive de confort şi stare de bine în viitor... şi să lase corpul (*sau o zonă specifică*) lui John (*numele pacientului*) să se simtă complet confortabil atunci când este potrivit şi în siguranță... etc.

Faptul că rugăm pacientul să progreseze în timp de la un punct înainte de cel la care a apărut durerea poate facilita o regresie în timp până la punctul la care a început problema :

Găseşte un moment din viața ta în care corpul tău s-a simțit confortabil şi în pace şi acum progresează până la momentul chiar dinaintea celui în care corpul tău a început să se simtă mai puțin confortabil... Progresează încet până la acel punct în timp când corpul tău s-a simțit inconfortabil.

Este esenţial ca terapeutul să aibă o experienţă considerabilă în utilizarea acestor abordări, deoarece poate apărea o abreacţie semnificativă (vezi capitolul 3 şi de asemenea Kleinhauz, Berab, 1981 ; Carich, 1986 ; Hammond, 1990a).

În afară de tehnica de bază pentru regresie prezentată mai sus, se pot folosi şi metodele hipnoanalitice discutate în capitolul 5, pentru a accesa dinamica inconştientă care menţine sau exacerbează durerea.

Hipnoza în tratamentul unor probleme specifice de durere

Există multe dureri specifice care pot fi ameliorate prin hipnoză. Acelea discutate aici includ durerea de spate şi cefaleea, problemele gastrointestinale şi dermatologice, durerea asociată cu procedurile medicale (cum ar fi schimbarea pansamentelor şi puncţia lombară) şi cancerul.

Durerea de spate

Abordarea prin „noua hipnoză" dezvoltată de Aaroz (1985) încurajează pacientul să se centreze pe durerea de spate lombară şi să experimenteze ce gânduri, sentimente şi imagini apar. Sunt încurajaţi să permită minţii raţionale să stea deoparte şi să lase „orice să apară". Adesea apar amintiri, expresii psihosomatice şi imagini neobişnuite. Prin discutarea, retrăirea şi recadrarea acestor experienţe, pacienţii pot adesea elibera o mare parte din „suferinţa" care este asociată cu durerea (Burte, Burte, Aaroz, 1994, p. 100). Această tehnică are multe puncte comune cu puntea somatică, abordare discutată în capitolul 5, şi poate fi înţeleasă în termeni de „vindecare psihosomatică", respectiv de utilizare a proceselor mentale inconştiente sau ceea ce Rossi (1996) numeşte „prelucrarea hipnoterapeutică".

Migrena şi cefaleea nemigrenoasă

Beneficiile relaxării hipnotice şi a sugestiilor pentru pacienţii cu cefalee au fost raportate de Cederdreutz, Lahteenmaki şi Tulikoura (1976), Drummond (1981) şi Carasso, Peded şi Kleinhauz (1985). În primul studiu au fost necesare trei sau patru şedinţe de grup, în timp ce în celălalt au fost utilizate nouă şedinţe de terapie de grup şi şedinţe terapeutice individuale, iar pacienţii au practicat relaxarea de două ori pe zi. Însă se pot realiza o serie de adaptări care sunt specifice patologiei acestui tip de cefalee. A fost sugerat (Bakal, 1975 ; Adams, Feuerstein, Fowler, 1980) că în faza prodormală a migrenei există o constricţie a vaselor de sânge craniene urmată imediat de o dilatare compensatoare, responsabilă de unele simptome cum sunt durerea, greaţa şi ameţeala. În consecinţă, în afară de sugestia relaxării şi practica regulată a auto-hipnozei se pot face sugestii, cu imagerie potrivită, pentru redistribuirea rezervei sangvine. Edmonston (1981) concluzionează că sugestiile specifice pot fi o componentă activă în tratamentul migrenei. Aceste schimbări pot fi sugerate direct cerând pacientului să îşi imagineze procesul de constricţie al arterelor craniene (Anderson, Basker, Dalton, 1975) sau să îşi imagineze cum mâinile se încălzesc prin folosirea imageriei în care le scufundă în apă caldă (Alladin, 1988). În general, procedurile descrise ca fiind „hipnotice" par să dea rezultate bune (Anderson *et al.*, 1975 ; Friedman, Taub, 1985 ; Berlin, Erdmann, 1987 ; Davidson, 1987 ; Alladin, 1988 ; Matthews, Flatt, 1999). Gibson şi Heap (1991) sugerează că :

> Practicianul poate fi sfătuit ca atunci când tratează migrena să folosească o procedură hipnotică care să sublinieze atât relaxarea generală şi încălzirea mâinilor, cât şi modificările vasculare

adecvate. Sugestiile de întărie a eului pot fi de asemenea încorporate în intervenţia hipnotică şi şedinţa de hipnoză poate fi înregistrată audio pentru utilizarea zilnică (sau chiar mai frecventă) de către pacient (p. 107).

Problemele gastrointestinale

Sindromul de colon iritabil (SCI)

SCI este cea mai comună boală a intestinului, afectând între 10 şi 20% dintre adulţi. Pacienţii sunt adesea prinşi într-un cerc vicios în care stresul declanşează simptomele, care la rândul lor exacerbează stresul. Factorii psihologici sunt implicaţi în debutul şi agravarea simptomatologiei (Switz, 1976). Simptomele SCI includ durerea abdominală, balonarea, crampele şi flatulenţa, precum şi alternanţa de diaree şi constipaţie. De obicei, pacienţii sunt anxioşi şi depresivi, deşi nu există o relaţie directă între SCI şi anumite tulburări psihologice (Welch, Hillman, Pomare, 1985). O serie de studii bine documentate au demonstrat faptul că hipnoza poate fi o strategie valoroasă de tratament pentru SCI (Solloway, 2005 ; www.ibshypnosis.com/IBSresearch.html). Probabil primul şi cel mai bun studiu în acest domeniu a fost publicat în *The Lancet*, în 1984 (Whorwell, Prior, Faragher). Studiul a fost a folosit un grup de control placebo şi a arătat contrastul dramatic între răspunsul la tratamentul prin hipnoză comparativ cu grupul placebo. 30 de pacienţi cu simptome severe neresponsivi la alt tip de tratament au fost aleşi la întâmplare pentru a fi trataţi în şapte şedinţe de hipnoterapie direcţionată pe intestin (15 pacienţi) sau şapte şedinţe de psihoterapie plus pastile placebo (15 pacienţi). În grupul tratat prin psihoterapie a existat o ameliorare mică, dar semnificativă a durerii abdominale şi distensiei, precum şi a

stării de bine generale, dar nu şi a tiparului de activitate intestinală. Pacienţii trataţi prin hipnoterapie au prezentat o ameliorare dramatică a tuturor simptomelor principale. Cei trataţi hipnoterapeutic nu au prezentat nici o recădere pe o perioadă de urmărire de trei luni.

Cercetările ulterioare au confirmat aceste prime rezultate ; de exemplu, Whorwell, Prior, Colgan, 1987 ; Houghton, Heyman, Whorwell, 1996 ; Houghton *et al.*, 1999 ; Lea *et al.*, 2003 ; Cooper, Cruickshanks, Miller, Whorwell, 2003. În hipnoterapia direcţionată spre intestin se induce întâi transa apoi pacientului i se cere să îşi plaseze mâna pe abdomen şi să genereze senzaţia de căldură sau confort. Aceasta este urmată de sugestia reducerii simptomului şi controlul asupra funcţionării intestinului. Se folosesc şi imageria ghidată şi metaforele. Sunt subliniate hotărârea şi o atitudine pozitivă din partea pacientului. Se foloseşte o înregistrare audio zilnică pentru auto-hipnoză pentru reîntărire, iar şedinţele de terapie se încheie cu sugestii de întărire a eului. Aceste sugestii sunt adaptate pentru fiecare situaţie în parte şi pentru nevoile pacientului.

Zimmerman (2003) descrie utilizarea sugestiilor facilitate hipnotic în cazul unei femei diagnosticate ca suferind de o tulburare funcţională cu carcateristici de SCI. Având în vedere lipsa ei de răspuns la terapia farmacologică, motivaţia pacientei şi lipsa contraindicaţiilor, utilizarea hipnozei a părut a fi adecvată. Trebuie de asemenea notat faptul că pacienta şi-a descris foarte viu şi clar simptomele, utilizând metafore. În primele două şedinţe de terapie Zimmerman a instruit pacienta pentru a folosi auto-hipnoza şi imageria ghidată pentru a facilita relaxarea şi pentru a creşte sentimentul de control, precum şi pentru a stabili semnalele ideodinamice. Deşi au fost remarcate o serie de îmbunătăţiri chiar după primele două şedinţe de

terapie, abia la a treia şedinţă a apărut o îmbunătăţire semnificativă – atunci când a fost utilizată o metaforă, „curăţarea râului”. A fost folosită imaginea unui râu pentru a evoca curgerea lină, coordonată, prin tractul digestiv normal, precum şi fluxul normal al gestionării emoţiilor pacientei. Şedinţa de terapie a început cu o metaforă de întărire a eului folosind un copac ca simbol al puterii şi forţei, subliniind în acest context contactul tactil. Pacienta a fost apoi încurajată să îşi examineze propria imagine reflectată în apele calme ale unui râu calm înconjurat de stres. Şedinţa a culminat cu obstrucţia râului şi invitaţia ca pacienta să îndepărteze obstacolul şi să refacă curgerea liniştită. Aceasta a declanşat o abreacţie a pacientei care a părut să ducă la o rezolvare cu succes a problemei. Această metaforă se adresează atât motilităţii modificate a intestinului cât şi conţinutului emoţional al simptomelor. Zimmerman concluzionează că : „Abreacţia trăită de această pacientă precum şi comentariile ei la terminarea şedinţei de terapie sugerează deblocarea răspunsului său emoţional, mai degrabă decât a intestinului, ca factor principal de recuperare”.

Deşi există dovezi referitoare la folosirea hipnoterapiei în tratamentul SCI, ea nu trebuie privită ca panaceu universal, deoarece până la 25% din pacienţi nu răspund la hipnoterapie. Chiar dacă pacienţii prezintă o ameliorare, abordările terapeutice convenţionale nu trebuie să fie neapărat ignorate. Este important să fie luaţi în considerare factorii legaţi de stilul de viaţă, ca de exemplu dieta. În plus, unii pacienţi pot necesita administrarea ocazională de loperamidă sau laxative, funcţie de tulburarea intestinală habituală. Cu toate acestea, un studiu recent efectutat de Cox, Lusignan şi Chan (2004) care a implicat medicii de familie din Marea Britanie, indică faptul că peste 70% din ei consideră că hipnoterapia poate avea un rol în

gestionarea pacienţilor cu sindrom de colon iritabil şi trimit asemenea pacienţi pentru a fi trataţi de hipnoterapeuţi calificaţi.

Hipnoza a fost de asemenea folosită pentru sedarea pacienţilor în timpul endoscopiei gastrointestinale (Zimmerman, 1998). Tehnicile folosite au inclus metaforele, relaxarea, imageria şi sugestiile post-hipnotice.

Boala Crohn (BC)

Boala Crohn (BC) este o boală intestinală inflamatorie definită la ora actuală ca un sindrom nespecific şi cronic de etiologie necunoscută, implicând cel mai frecvent partea inferioară a intestinului subţire (ileonul), intestinul gros sau colonul. Boala poate debuta la orice vârstă, dar cel mai frecvent debutează între 15 şi 30 de ani. Nu există nici un tratament convenţional (medical sau chirurgical), deşi o serie de studii de caz recente şi de rapoarte anecdotice arată că folosirea diferitelor tipuri de hipnoterapie în tratamentul bolii Crohn au dus efectiv la vindecarea bolii (Abela, 1999). Dovezile recente demonstrează că stresul cauzat de evenimentele psihosociale şi emoţiile negative este implicat cu siguranţă în evoluţia bolii şi chiar şi în debutul său (Greene, Blanchard, Wan, 1994). Studiile au arătat că pacienţii cu BC au mai mult sentimentul de a fi sub presiune în comparaţie cu subiecţii din grupele de control, deşi pacienţii cu BC au un nivel mai scăzut al stresului în viaţă decât subiecţii din grupele de control (von Wietersheim, Kohler, Fereies, 1992). Mai mult, alte studii au demonstrat că emoţiile negative, mai ales furia şi mânia sunt în general prezente şi blocate la nivel inconştient astfel că aceste emoţii sunt direcţionate spre interior (Schafer, 1997). Schafer a arătat că prin hipnoterapie se pot controla caracteristicile autoimune ale bolii sau se poate obţine *insight*-ul asupra emoţiilor negative, ducând în general

la remisiunea completă a bolii Crohn. Tehnicile de hipnoză folosite au inclus vizualizarea, sugestiile şi metaforele împreună cu explorarea regresivă pentru *insight* şi înţelegere, implicând rezolvarea emoţiilor negative. În plus au fost utilizate întărirea eului, sugestii pentru sănătate în general şi pentru creşterea stimei de sine. Abela (1999) concluzionează că hipnoterapia este indicată ca terapie complementară pentru boala Crohn împreună cu tratamentele medicale ; de exemplu, terapia cu corticosteroizi.

Colita ulcerativă

O altă formă comună de SCI este colita ulcreativă (CU). Deşi în etiologia CU pot fi implicaţi mulţi factori, este probabil că evenimentele stresante de viaţă pot declanşa simptomele. Hipnoza poate fi utilizată pentru reducerea durerii abdominale şi pentru balonare, de exemplu, sugerând pacientului că muşchii săi intestinali devin mai netezi şi calmi.

Probleme dermatologice

Studiile ştiinţifice recente arată rolul stresului în debutul şi/sau exacerbarea multor probleme dermatologice. Datorită importantului rol social şi psihologic jucat de piele şi de aspectul său, bolile de piele pot produce la rândul lor o serie de reacţii psihologice, inclusiv depresia, ruşinea, izolarea socială şi furia (Folks, Kinney, 1992). Aceste studii indică faptul că sunt necesare tehnici de reducere a stresului, din care face parte şi hipnoza. Sugestia hipnotică a fost mult timp considerată eficace pentru ameliorarea diverselor boli de piele (Schenefelt, 2000, 2003a, 2003b). Multe studii recente arată că există o legătură între folosirea hipnozei şi modificarea

răspunsului pielii în diverse afecţiuni dermatologice, cum este psoriazisul (Tausk, Whitmore, 1999), dermatita atopică (Stewart, Thomas, 1995), negii (Ewin, 1992 ; Goldstein, 2005), alopecia aerata (Thompson, Shapiro, 1996) şi eczema (Mantle, 2001). Practicarea hipnozei pentru stresul moderat este eficace pentru o multitudine de boli de piele care sunt exacerbate de anxietate.

Cheek (1961) explică modul în care foloseşte variate tehnici hipnotice pentru a trata manifestările cutanate, în mod special infecţiile cu herpes genital. Conform cu Cheek, răcorirea pielii afectate prin utilizarea hipnozei este mult mai eficace decât orice alte metode farmacologice. În hipnoza uşoară, Cheek stabileşte semnalele cu ajutorul degetelor şi cere permisiunea pentru răcorirea ţesuturilor şi pentru a le păstra astfel timp de două ore. El începe cu o zonă neimportantă pentru producerea unei senzaţii de răcoare cerând pacienţilor să îşi imagineze că mestecă „mentă şi o inspiră". Pacientul fiind în transă, autorul cere degetului „da" să se ridice atunci când gura este răcorită şi ca pacientul să îi spună atunci când conştientizează răcoarea. Atunci când pacientul este încrezător că simte schimbarea, terapeutul îi cere să experienţieze aceeaşi răcoare în zona lezată.

Cheek foloseşte de asemenea hipnoza pentru a ajuta pacienţii să dezvolte o atitudine mai pozitivă faţă de sine însuşi şi să se imagineze pe sine în viitor fără problema de piele. Pentru realizarea acestor scopuri autorul a utilizat fenomenele de transă hipnotică, cum este capacitatea crescută de concentrare, distorsiunea timpului, amnezia, amintirile spontane, analgezia, catalepsia şi aşa mai departe.

Alte tehnici hipnotice care pot fi folosite includ un ecran de televizor pus pe „canalul din viitor" în care pacienţii îşi văd corpul lipsit de boala actuală de piele sau cu părul care începe

din nou să crească, sau se imaginează folosind o perie cu ajutorul căreia îndepărtează leziunile de pe spate sau de pe mâini astfel încât să curețe şi să lustruiască corpul pentru a-l însănătoşi din nou. Abordările care facilitează schimbările ideosenzoriale (căldura, răcoarea, gâdilatul) sunt în mod particular valoroase pentru tratamentul negilor şi a herpesului (Tasini, Hackett, 1977), dar pot fi de asemenea utile şi pentru alte probleme dermatologice.

Stewart şi Thomas (1995) au folosit hipnoterapia pentru a trata dermatita atopică la adulţi şi la copii. 20 de adulţi cu dermatită atopică extinsă, rezistenţi la tratamentul convenţional au fost trataţi hipnoterapeutic, cu un beneficiu statistic semnificativ, care a fost menţinut până la doi ani. Douăzeci de copii cu dermatită atopică severă şi rezistentă au fost trataţi cu ajutorul hipnozei ; cu excepţia unuia toţi au prezentat o ameliorare imediată care a fost menţinută în timpul celor două examinări de urmărire. În alte 12 cazuri care au implicat copii, răspunsurile date la un chestionar aplicat la 18 luni după tratament au arătat că 10 dintre ei au continuat să fie amelioraţi în ce priveşte pruritul şi scărpinatul, 9 în ce priveşte tulburarea somnului şi 7 privitor la dispoziţie.

Atunci când metodele directe de hipnoterapie sunt ineficace pot fi sugerate abordările hipnoanalitice pentru a explora dinamica inconştientă.

Intervenţia 54. Intervenţie generală pentru o problemă dermatologică

Închide ochii şi intră în mintea ta şi găseşte un moment din viața ta în care pielea ta era netedă şi sănătoasă... Lasă toate resursele pe care le ai să permită pielii tale să rămână netedă şi sănătoasă, plutind spre acea parte a corpului tău... Pielea ta

devine curată, sănătoasă şi moale pe măsură ce toate aceste resurse îndepărtează stresul şi tensiunea din viața ta... Lasă orice imagine sau gând să te ajute să rezolvi problema... Atunci când ştii că acest lucru va continua să se întâmple după ce ai plecat de aici, unul din degetele sale se va mişca sau mâna ta se va ridica de la sine?... Aşa este foarte bine, continuă să laşi ca acest lucru să se întâmple, nu este nevoie să faci nimic... Poate mintea ta inconştientă poate găsi alte modalități de a gestiona stresul din viața ta, modalități care sunt pozitive şi îți îmbunătățesc viața, permițându-ți să ai o calitate mai bună a vieții... Atunci când ştii că acest lcuru se poate întâmpla, se va mişca un alt deget sau celălalt braț se va ridica?... Aşa este foarte bine, ştiind că toate aceste lucruri se întâmplă de la sine.

Este vizibil imediat că această intervenţie creează o atmosferă de speranţă şi expectaţii pozitive deşi s-ar putea să nu existe o dovadă imediată a acestora. Aşa cum spunea unul din pacienţii mei : „Dacă pielea mea nu se face bine mâine sau săptămâna viitoare, există întotdeauna posibilitatea ca acest lucru să se întâmple mai târziu. Dacă spun acest lucru cu voce tare asta devine şi mai clar”. Multe din celelalte intervenţii prezentate în această carte pot fi de asemenea adaptate pentru problemele dermatologice.

Studiul de caz 5. Hipnoza în tratamentul psoriazisului

Pacienta, Martine, a fost o studentă la psihologie în vârstă de 22 de ani. În cursul evaluării iniţiale a explicat că atunci când este stresată suferă de psoriazis, care uneori îi afectează întregul corp. I s-a cerut să spună la ce nivel de intensitate este psoriazisul său în acest moment, utilizând o scală de la 0 la 10. A spus că era la 6, dar în unele situaţii ajunsese la 10. Atunci

când a fost întrebată care a fost cea mai scăzută intensitate a spus că de obicei era 3, înainte de vacanţa de vară. Martine a explicat de asemenea că problema a început atunci când avea 11 ani. Apoi terapeutul a întrebat-o în transă:

> Ce nivel de intensitate ar fi acceptabilă pentru tine?

Martine a spus că 2 sau 3 ar fi acceptabil. Terapeutul a făcut următorul comentariu:

> Atunci când eşti stresată pielea ta reacționează inconştient la acest stres ca mijloc important de comunicare... Aşa că este necesar să asculți ceea ce îți spune... Deşi poți reduce nivelul intensității la un grad mai acceptabil şi confortabil, probabil mintea ta inconştientă poate găsi o modalitate mai eficace de a gestiona stresul? Şi acum găseşte un moment din viața ta în care ți-ai folosit resursele interioare pentru a afecta o reacție a pielii de intesintate mult redusă, sau acel moment dinainte de a avea 11 ani... Atunci când mintea ta inconştientă a găsit acest moment se va ridica degetul sau mâna ta?

Mâna dreaptă a Martinei s-a ridicat fără efort într-o manieră care a indicat că era o mişcare inconştientă mai degrabă decât una intenţionată.

> Şi acum revezi această experiență timpurie de la început până la sfârşit... Atunci când se sfârşeşte cealaltă mână se va ridica? Şi nu este nevoie să ştii nimic despre această experiență, decât ceea ce este potrivit pentru tine să ştii la nivel conştient în acest moment pentru a te ajuta să rezolvi această problemă. Poți trăi părți ale acestei experiențe... poate imagini, gânduri, sentimente, senzații, orice se întâmplă de la sine.

În acest punct, Martine a spus, fără să fie întrebată, că mintea ei era complet „albă”, dar că simţea tensiune în partea superioară a pieptului.

Pune mâna pe zona în care simți tensiunea.

Martine a pus mâna în partea de sus a pieptului şi am întrebat-o dacă este în regulă să pun mâna acolo. A dat din cap că da.

Pe măsură ce aplic presiune pe pieptul tău, respiră din ce în ce mai profund, sonor.

Ea a început să plângă, moment în care am făcut următorul comentariu :

Laşi lacrimile să curgă, poți învăța ceva din asta cu privire la problema ta... şi poți lăsa ca aceste lucruri învățate şi resursele tale să intre în fiecare bucățică a pielii tale... calmând-o şi masând-o până devine de o sănătoasă... netedă şi moale... În vreme ce se întâmplă acest lucru, ştii că asta se poate întâmpla în viitor de la sine... Aşa cum ieri apa din lacul de afară făcea valuri în vânt şi micile valuri stropeau bărcile ancorate în port... Dar azi vântul a dispărut... soarele străluceşte deasupra apei... şi apa este calmă şi netedă... Pe măsură ce soarele cald îndepărtează orice mişcare pentru a lăsa ca totul să fie liniştit şi confortabil... Pe măsură ce înveți modalități de a gestiona mai eficient felul în care corpul tău se descurcă cu stresul din viața ta... Atunci când ştii cum să faci deşi nu ştii că ştii... brațul tău se va ridica încă o dată?

Braţul Martinei s-a ridicat încet.

Împreunează-ți degetul mare şi cel arătător, ştiind că ai aceste resurse şi că poți folosi ceea ce ai învățat în această şedință de terapie... În viitor, atunci când eşti stresată, tot ce trebuie să

faci este să găseşti un loc confortabil... să te uiți la mâna ta stîngă... să o laşi să se ridice de la sine... şi apoi să împreunezi degetul mare şi arătătorul.

După aceea, Martine a spus că în timpul şedinţei de terapie a realizat ceea ce s-a întâmplat la vârsta de 11 ani, până la momentul la care a început să plângă din cauza stresului, dar apoi s-a oprit din plâns şi a lăsat ca pielea ei să plângă în locul său ! Nu am interpretat declaraţia ei, ci i-am spus că putea să îşi dea seama ce s-a întâmplat, conştient şi inconştient, poate într-un vis, mai târziu pe parcursul zilei. În final i s-a cerut să treacă prin şedinţa de terapie în transă pentru a găsi tot ceea ce învăţase :

Închide ochii şi intră în mintea ta, mergând înapoi până la începutul şedinței de terapie sau chiar mai înainte... Cu fiecare experiență învățată lasă ca degetul tău să se mişte... Atunci când ai terminat, mâna ta se va ridica până la un moment viitor la care problema ta va fi rezolvată corespunzător? Acest lucru se va întâmpla la sfârşit de săptămână sau la următorul sfârşit de săptămână sau într-un moment situat între ele? Te poți întreba când se va întâmpla acest lucru... Atunci când ştii asta, ochii tăi se vor deschide pe măsură ce mintea şi corpul tău colaborează pentru rezolvarea acestei probleme?

Şedinţa de urmărire după 6 luni a indicat faptul că psoriazsiul Martinei fusese ameliorat considerabil şi ea continua să folosească auto-hipnoza.

Pregătirea pentru intervenţii medicale, complementară procedurilor medicale

Există un număr considerabil de studii care demonstrează eficacitatea hipnoterapiei pentru reducerea stresului în caz de proceduri medicale, de exemplu :

- injecţiile (Medd, 2001 ; Gow, 2002) ;
- examenul ginecologic (Rossi, Cheek, 1988) ;
- gastroendoscopia (Zimmerman, 1998) ;
- naşterea şi sarcina (Tibia, Balogh, Meszaros, 1980 ; Davidson, Garbett, Tozer, 1982 ; Pocelet, 1990 ; Jenkins, Pritchard, 1993 ; Mairs, 1995 ; Golden, 1999 ; Oster, Saucer, 2000 ; Cyna, McAuliffe, Andrew, 2004 ; German, 2004) ;
- chimioterapia (Walker, Dawson, Lolley, Ratcliffe, 1998 ; Hawkins *et al.*, 1995 ; Esder, 2002) ;
- intervenţiile pentru cancer (Peynovska, Fisher, Oliver, Mathew, 2005) ;
- procedurile dermatologice (Schenfelt, 2003a, 2003b) ;
- procedurile renale şi vasculare (Lang *et al.*, 2000 ; Lang, Benotsch, Fick, 2000) ;
- chirurgie (Evans şi Richardson, 1988 ; Montgomery, David, Winkel, Silverstein, Bovbjerg, 2002 ; Massarini, Rovetto, Tagliaferi, 2005) ;
- procedurile cardiovasculare (Ashton *et al.*, 1997) ;
- arsurile (Ewin, 1979 ; Margolis, DeClement, 1980 ; Frenay, Faymonville, Devlieger, Albert, Vanderkelen, 2001).

Pinnell şi Covino (2000) au realizat o trecere în revistă din punct de vedere critic a procedurilor de tratament hipnotic complementare îngrijirilor medicale pentru stres şi anxietate legate de procedurile dentare şi medicale, astmul bronşic, bolile dermatologice, problemele gastrointestinale, tulburările hemoragice, greaţă şi emezis în oncologie şi obsterică-ginecologie.

Schimbarea pansamentului

Studiul care urmează este un bun exemplu de aplicare a hipnoterapiei în cazul unei proceduri stresante. Frenay şi colaboratorii

săi (2001) au comparat eficacitatea hipnozei cu o strategie de reducere a stresului în timpul schimbării pansamentului la pacienţii arşi. Schimbarea pansamentului în arsuri este adesea insuportabilă (Choiniere, Mezlack, Rondeau, Girard, Paquin, 1989) şi adesea apare un nivel de toleranţă la anestezice (Patterson, Everett, Burns, Marvin, 1992). Frenay şi colaboratorii săi au realizat un studiu prospectiv randomizat asupra pacienţilor cu arsuri severe, bazat pe protocoale medicale standardizate, măsurători valide ale durerii cu ajutorul VAS şi utilizării unor tehnici de suport psihologic standardizate (hipnoza comparativ cu streategii de reducere a stresului bazate pe experienţe plăcute de viaţă). Acest studiu a fost realizat pentru a compara cele două mijloace de suport psihologic, dar şi pentru a testa dacă intervenţiile psihologice produc vreo diferenţă în confortul perceput de pacient în timpul schimbării pansamentului în arsuri. Hipnoza a fost indusă prin fixarea privirii, relaxarea musculară şi sugestii indirecte. Strategiile de reducere a stresului au inclus relaxarea profundă şi procedurile respiratorii, precum şi recreerea unei amintiri plăcute. Scorurile VAS pentru durere au fost constant mai reduse în grupul tratat prin hipnoză comparativ cu grupul tratat prin reducerea stresului. Hipnoza a redus de asemenea în mod semnificativ anxietatea înainte şi în timpul schimbării pansamentului. Deşi medicaţia contra durerii a fost încă necesară, nivelele optime de medicaţie au fost atinse mai devreme. Acest studiu are evidente implicaţii clinice mai ales pentru îngrijirea rănilor şi în general pentru nursing.

Pregătirea pentru intervenţii chirurgicale

Aşteptarea unei intervenţii chirurgicale sau a unei alte intervenţii medicale sau dentare este foarte stresantă pentru cei mai mulţi

pacienţi, deşi intervenţia este în general benefică. Aspectele esenţiale ale ajutării pacientului sunt legate de reducerea stresului înainte şi în timpul intervenţiei medicale şi de ajutarea pacientului pentru a dezvolta speranţa şi optimismul că rezultatul va fi un succes. Reducerea stresului pare a fi importantă pentru modularea expresiei proteice, care joacă un rol important în vindecarea rănilor (Stamenkovic, 2003). Hammond (1990a, p. 89) spune că sugestiile pozitive înainte şi în timpul intervenţiei chirugicale reduc complicaţiile, minimalizează durerea (şi nevoia de medicaţie postoperatorie), facilitează apetitul, reduce sângerarea şi ameliorează vindecarea şi recuprearea. O serie de studii au demonstrat că dacă pacientul este adecvat pregătit probabilitatea unui bun rezultat chirugical şi psihologic este maximalizat (Schutz, 1998 ; Kessler, 1999). Schutz a folosit hipnoza pentru a permite pacientului să depăşească expectanţele negative puternice şi experienţele negative din trecut, reducând astfel anxietatea.

Montgomery şi colaboratorii săi (2002) au realizat o meta-analiză a eficacităţii hipnozei ca tratament complementar la pacienţii chirurgicali şi a concluzionat că hipnoza este benefică în şase aspecte : emoţiile negative, durerea, medicaţia pentru durere, indicatorii fiziologici, timpul de recuperare şi timpul de tratament.

Într-un studiu controlat Massarini şi colaboratorii săi (2005) au arătat că tratamentul hipnotic de scurtă durată (vizualizare primară a vindecării) realizat în perioada peroperatorie duce la rezultate bune la pacienţii chirurgicali în termeni de reducere a nivelelor de anxietate şi percepţie a durerii.

Intervenţia 55. Pregătirea pentru intervenţii chirurgicale şi alte proceduri medicale

Intră în mintea ta şi găseşte toate acele resurse de vindecare pe care le ai pentru a face ca corpul să se simtă bine, lăsând aceste resurse să intre în fiecare celulă... utilizând toate acele amintiri... experiențe... lucruri învățate... care îți permit să te apropii cu speranță şi optimism de intervenția medicală care urmează, şi atunci când mintea ta inconştientă ştie că că te poate ajuta în acest fel, unul din degetele tale se va mişca sau brațul se va ridica?... Aşa este foarte bine! Şi pe măsură ce intervenția se desfăşoară ştii că poți folosi toate aceste resurse ale tale pe măsură ce îți imaginezi cum se întâmplă în manieră foarte pozitivă, având încredere în vindecarea ta inconştientă pentru a permite un rezultat favorabil, pe măsură ce corpul tău se recuperează repede, complet şi confortabil.

Terapeutul va putea să dezvolte această procedură hipnotică în modalităţi care să reflecte intervenţia chirugicală pe care o va avea pacientul, concentrându-se explicit asupra sugestiilor preoperatorii, atât cele directe, cât şi cele indirecte, sugestiile din timpul operaţiei şi verbalizările postoperatorii. Un sumar al utilizării hipnozei în chirurgie şi anestezie poate fi găsit în lucrările lui Hammond (1990a, pp. 85-108), Fredericks (2001) şi Montgomery şi colaboratorii săi (2002).

Cancerul

În ultimii ani a devenit din ce în ce mai clar că diagnosticul şi tratamentul cancerului (şi a multor boli cronice) sunt experienţe stresante. Se poate folosi o gamă largă de tehnici hipnoterapeutice pentru a creşte controlul efectelor secundare psihologice şi fiziologice ale diagnosticului de cancer şi terapiei care urmează. Acestea includ folosirea relaxării, imageriei, întărirea eului, sugestiile directe şi metaforele (Hammond, 1990a, pp. 199-216). Deşi Simonton (în Simonton *et al.*, 1978)

nu se referă în mod specific la interveţiile hipnotice, multe din abordările descrise de el sunt relevante pentru hipnoterapeuţi.

La ora actuală, există dovezi ale faptului că intervenţiile psihologice, inclusiv hipnoza, pot ajuta la creşterea calităţii vieţii pacientului precum şi la modularea răspunsului sistemului imun (Meyer şi Mark, 1995 ; Walker, 1998 ; Kiecolt-Glaser, Maruscha, Atkinson şi Glaser, 2001 ; Gruzelier, 2002a,b). Următoarea intervenţie pentru creşterea funcţionalităţii sistemului imunitar poate fi adaptată pentru a fi utilizată în multe situaţii : de exemplu stresul generic, probleme medicale generale, pregătirea pentru chirurgie şi recuperarea postoperatorie, facilitarea regimurilor terapeutice, şi aşa mai departe. Nu mai este necesar de spus că practicianul care foloseşte această abordare trebuie să fie judicios în selectarea pacienţilor.

Intervenţia 56. Îmbunătăţirea funcţionării sistemului imunitar

> Atunci când eşti pregătit, împreunează degetul mare şi arătător şi lasă-te să intri în transa profundă pe care ai trăit-o ultima dată în şedința de terapie... şi mă întreb cât timp va fi necesar pentru a găsi acea pace interioară plăcută?...poate mintea ta inconştientă te poate lăsa să trăieşti aceasta înainte de număra până la cinci... unu... doi... trei... patru... cinci... aşa este foarte bine! Cu grijă, imaginează-ți acea parte a corpului tău care are nevoie de o atenție specială pentru vindecare... şi te rog să ştii că celulele anormale de acolo sunt slabe, confuze şi dezorganizate,..şi îți poți imagina această parte a corpului după cum doreşti....poate o imagine îți apare în minte. Acum imagineză-ți tratamentul pe care îl primeşti care intră în acea parte a corpului tău şi distruge celulele slabe, dar lasă celulele normale puternice şi sănătoase fără vreun efect secundar major... şi propriile tale celule albe de asemenea cooperează prin reorganizarea şi distrugerea celulelor bolnave... având încredere în acest proces

pe măsură ce celulele canceroase descresc treptat şi sunt date afară din corp... Lasă ca procesul de vindecare să ajute corpul tău să se simtă confortabil pe măsură ce te însănătoşeşti parțial. Acum vezi cum te afli pe drumul spre recuperare... câştigând în putere şi voință cu fiecare zi care trece... Imaginează-te în viitor realizând toate scopurile şi ambițiile tale. Şi mintea ta inconştientă te poate lăsa să faci acest lucru şi atunci când ştii că aceste schimbări importante au loc profund în interiorul tău, ochii tăi se vor deschide?

Bejenke (2000) descrie felul în care hipnoza paote fi folosită pentru a ajuta pacienţii canceroşi să îşi dezvolte abilităţile de adaptare, precum şi strategiile de gestionare a stresului în pregătirea pentru intervenţii chirurgicale, chimioterapie, radioterapie şi transplant de măduvă osoasă. Într-un studiu recent Penyovska şi colaboratorii săi (2005) utilizează hipnoza ca terapie suplimentară în intervenţiile pentru cancer. A fost acordată o atenţie particulară următoarelor :

- gestionarea anxietăţii, depresiei, furiei, frustrării ;
- gestionarea durerii, oboselii, insomniei ;
- gestionarea efectelor secundare ale chimioterapiei şi radioterapiei ;
- vizualizării pentru a promova sănătatea.

Autorii au concluzionat că hipnoterapia este o unealtă valoroasă pentru îmbunătăţirea mecanismelor de coping la pacienţii cu cancer şi că :

Cel mai bun moment pentru a începe hipnoterapia pacienţilor canceroşi este în momentul diagnosticului. În acest fel pacienţii vor putea dezvolta abilităţi de coping mai bune mult mai repede în procesul bolii, ceea ce îi va ajuta în prevenirea unei posibile anxietăţi severe, a depresiei şi atacurilor de panică. Vor avea o mai bună complianţă la tratament şi în general un răspuns psihologic

mai bun faţă de boală, ceea ce constituie un factor prognostic bun care influenţează supravieţuirea (p. 7).

Intensificarea programelor de chimioterapie a dus la creşterea toxicităţii pentru pacienţii cu cancer. Una din cele mai frecvente manisfestări, greaţa şi voma, este considerată cel mai stresant şi debilitant efect secundar pe care îl experienţiază pacienţii (Aapro, 1991). Mult prea des aceste simptome devin de nesuportat şi pacienţii sunt fizic incapabili să mai primească chimioterapie sau sunt atât de stresaţi psihologic încât ei sau rudele lor refuză tratamentele ulterioare (Laszlo, 1983). În ultima decadă progresele în înţelegerea fiziologiei şi farmacologiei greţurilor şi vomei au dus la o mai bună capacitate de controlare a acestor simptome, împreună cu reducerea stresului şi anxietăţii ca şi o consecinţă a acestei înţelegeri. O serie de studii controlate au evaluat eficacitatea hipnoterapiei în ameliorarea greţurilor şi vomei legate de chimioterapie la adulţi (Cotnach, Hockenberry, Herman, 1985 ; Walker, Dawson, Pollet, Ratcliffe, Hamilton, 1988 ; Syrjala, Cummings, Donaldson, 1992), precum şi la copii (Hawkins *et al.*, 1995). În timp ce cercetările au arătat că pentru unele tratamente (antrenamentul relaxării şi imageria ghidată) efectele pozitive diminuează la fiecare administrare de chimioterapie, hipnoterapia produce un răspuns stabil pe parcursul timpului (Walker, Dawson, Pollet, Ratcliffe, Hamilton, 1988 ; Walker, 2004).

În capitolul următor este prezentată o discuţie mai detaliată asupra rolului hipnozei în ameliorarea stresului în procedurile medicale pentru copii.

Capitolul 8

Copiii şi familia

A fost odată ca niciodată o mică pasăre migratoare care trăia în pădure în timpul verii. Când vremea s-a schimbat şi a devenit mult mai rece, micuţa pasăre a decis să rămână acolo şi să nu zboare departe cu familia ei. Vremea s-a răcit şi pasărea credea că va muri pentru că micuţul ei corp era complet îngheţat. Se simţea foarte singură, fiind departe de prieteni şi de familie. Apoi, într-o noapte în care a nins foarte mult, pasărea a căzut în zăpadă şi a rămas nemişcată ca şi când ar fi fost moartă. Curând după aceea o vacă a trecut pe acolo şi şi-a făcut nevoile asupra păsării, încălzindu-i micuţul corp îngheţat. Pasărea a început să se simtă mai fericită şi s-a apucat de cântat cântecul ei preferat. Însă o pisică trecea pe acolo şi a auzit pasărea cântând. Deşi oarecum derutată de faptul că frumosul cântec se auzea dintr-o grămadă de bălegar, pisica a început să scormonească în bălegar şi a găsit pasărea, pe care a înghiţit-o cu plăcere!

Hipnoterapia cu copiii

Lucrul cu copiii este o sarcină plină de recompense deoarece copiii sunt de obicei foarte cooperanţi şi intră repede în stare hipnotică. Această afirmaţie este adevărată în cazul copiilor de

orice vârstă, inclusiv adolescenţii. Trebuie subliniat însă că multe tehnici hipnotice care funcţionează cu adulţii sunt nepotrivite pentru copiii mici pentru că sunt direcţionate asupra unor sisteme mentale insuficient dezvoltate la copii (Olness, Gardner, 1988 ; Olness, Kohen, 1996 ; Davies, Morgan, 1997). O diferenţă importantă este aceea că copiii au facultăţi critice mai puţin dezvoltate şi astfel sugestiile date de terapeut sunt acceptate cu mai mare uşurinţă. Davies şi Morgan susţin că cea mai eficace hipnoză cu copiii este cea care are „o înţelegere profundă a copilului şi este familiarizată cu aptitudinile, psihologia şi tiparele de gândire şi interesele grupei respective de vârstă".

Erickson (1958) menţiona acest lucru în mod succint :

> Hipnoterapia pediatrică nu este altceva decât hipnoterapie direcţionată spre copil cu deplina cunoaştere a faptului că toţi copii sunt oameni mici şi tineri. Ca atare, ei privesc lumea într-un mod diferit decât o priveşte adultul şi înţelegerea lor experienţială este limitată şi destul de diferită de a adultului. În consecinţă nu diferă terapia, ci doar modul de administrare al terapiei.
>
> …Copiii au o nevoie constantă de a învăţa şi descoperi şi fiecare stimul constituie pentru ei o ocazie posibilă de a răspunde într-o modalitate nouă. Deoarece transa hipnotică poate fi definită, pentru scopul conceptualizării, ca stare de conştientizare crescută şi responsivitate la idei, hipnoza oferă copilului o zonă nouă gata pentru a fi explorată. Experienţa limitată a copilului, foamea de noi experienţe şi deschiderea faţă de învăţare face ca un copil să fie un bun subiect hipnotic. Copiii doresc să primească idei, se bucură să răspundă la ele – este nevoie doar să le prezentăm aceste idei într-o manieră pe care să o înţeleagă (p. 25).
>
> …Nu ar trebui să vorbim de sus copilului, ci mai degrabă să utilizăm limbajul, conceptele, ideile şi imaginile verbale care au înţeles pentru copii în termeni de propriile învăţături (p. 26).

> …o tehnică hipnotică bună este aceea care oferă pacienţilor, indiferent dacă sunt adulţi sau copii, ocazia de a-şi satisface în mod adecvat nevoile de moment, oportunitatea de a răspunde la stimuli şi idei şi de asemenea ocazia de a experienţia staisfacţia unor noi învăţări şi achiziţii (p. 29).

Bernheim, cu peste 100 de ani în urmă, spunea copilului să închidă ochii şi apoi îi dicta „Dormi” în manieră încrezătoare şi autoritară. Este foarte probabil ca acei copii cu care lucra să fi văzut alţi copii şi adulţi care au fost hipnotizaţi şi în consecinţă puteau imita cu uşurinţă „comportamentul hipnotizat”.

Înainte de a utiliza hipnoza cu un copil este importantă evaluarea clinică şi medicală riguroasă a problemei de prezentare. Este de asemenea important ca terapeutul să realizeze o relaţie bazată pe încredere cu copilul. Există divergenţe de opinie referitor la implicarea părinţilor în tratamentul hipnotic al copilului şi personal am găsit că această colaborare este extrem de valoroasă. Adesea părinţii au idei preconcepute despre natura hipnozei şi terapia trebuie să corecteze aceste puncte de vedere prin furnizarea de informaţii şi lăsând părinţii să fie de faţă atunci când copilul lor este hipnotizat (Gardner, 1990).

Abordări hipnoterapeutice generale cu copiii

Există multe modalităţi de captare a atenţiei copilului şi metoda aleasă depinde de mulţi factori, inclusiv vârsta şi interesele copilului, precum şi natura problemei de prezentare. Pentru fiecare copil mic hipnoza poate fi descrisă ca fiind un joc (vezi intervenţia 57), în timp ce copiii mai mari pot fi invitaţi să îşi folosească imaginaţia pentru a rezolva probleme (Hart, Hart, 1996). În multe situaţii copilul este cel care sugerează metoda

care va fi utilizată. La un moment dat i-am prezentat unei fetiţe o familie de iepuri – mama şi tata iepure şi cei doi copii iepuri. Iepurii erau într-o poveste care era legată de problema fetiţei (o dificultate de adormire). În conversaţia iniţială cu fetiţa am aflat că avea mai mulţi iepuri. Olness şi Gardner (1988) sugerează următoarele inducţii pentru copiii de vârste diferite :

- La 2-4 ani : cărţi cu poze în relief, poveşti, păpuşi, imaginarea unei activităţi preferate, şi aşa mai departe ;
- La 4-6 ani : imaginarea unui loc sau a unei activităţi preferate, poveşti, imaginarea unui program perferat la televizor, şi aşa mai departe.
- La 7-11 ani : îşi imaginează că zboară cu un covor fermecat, că este într-un loc preferat, acultatul muzicii, îşi imaginează că merge cu bicicleta, şi aşa mai departe.
- De la 11 ani în sus : levitaţia şi catalepsia braţului, îşi imaginează că ascultă muzică sau conduce maşina, metode de inducţie folosite la adulţi, şi aşa mai departe.

Mai jos sunt prezentate patru proceduri generale de inducţie (intervenţiile 57-60) ; mult mai multe metode se găsesc în manuale standard (de exemplu, Gardner, Olness, Kohen, 1996).

Intervenţia 57. Jocul de-a „prefăcutul”

În regulă, mă întreb dacă poți să te prefaci că eşti un stejar puternic. Picioarele tale sunt rădăcinile copacului şi stai ferm pe pământ, corpul este trunchiul copacului şi brațele tale sunt ramurile. Acum te rog să ții brațul întins (arătând brațul dominant al copilului). Bine, este o ramură puternică şi foarte, foarte rigidă – vezi cum ramura devine extrem de rigidă, aşa de puternică şi de rigidă că nu o poți îndoi deloc. Gândeşte-te la tine,

această ramură devine puternică şi rigidă, şi pe măsură ce te gândeşti că ramura devine puternică şi rigidă, ea devine tot mai puternică şi mai rigidă, tot mai puternică şi mai rigidă cu fiecare secundă care trece... şi peste câteva clipe, te voi ruga să încerci să îndoi această ramură, dar cu cât mai mult încerci să o îndoi cu atât mai puternică şi mai rigidă devine ramura, aşa că ramura nu se îndoaie deloc. Acum gata, încearcă să îndoi ramura, încearcă, şi cu cât mai mult încerci cu atât mai rigidă şi mai puternică devine ramura... Aşa este foarte bine!... ramura este acum aşa de puternică că este aşa de greu să o îndoi... Şi acum vine un vânt foarte puternic care face ca ramura să fluture şi acum de îndoaie, simți cum ramura se îndoaie, fără efort. Aşa este bine (*Acum continuați în orice mod este adecvat, de exemplu folosind povestea steajarului prezentată în intervenția 20, capitolul 4*).

Intervenţia 58. Privitul la televizor (adaptat după Davies, Morgan, 1997, p. 89)

Mă întreb care este programul tău preferat la televizor? Îmi poți spune ceva despre asta?...Nu este nici un televizor aici în cameră, dar există acest scaun special. Dacă stai pe el şi închizi ochii poți vedea un televizor şi vei putea vedea toate personajele tale preferate. Nu ştiu dacă vei putea să urmăreşti un episod nou sau unul în reluare... Vrei să afli şi să îmi spui?... nu vreau să mă bag şi să vorbesc prea mult şi nici tu nu trebuie să vorbeşti prea mult ca să nu îți stric bucuria de a urmări programul... aşa că este în regulă dacă dai din cap pentru „da" şi pentru „nu" atunci când îți pun întrebări. Înțelegi?... Vei putea vedea televizorul foarte curând...dă din cap atunci când îl poți vedea...poți găsi canalul pe care îl vrei. Acum te poți bucura de program. Foarte bine. (*Cu copiii mai mari terapeutul poate continua cu o strategie de rezolvare a problemelor.*)
Peste câteva clipe acel program se va termina şi vom schimba canalul. Vei continua să intri într-o stare şi mai profundă. Vei vedea programul care îți va arăta cum să depăşeşti problema

şi să scapi de ea complet... Programul tău preferat s-a terminat acum şi schimb canalul. Continui să te simți liniştit şi acum vezi programul care îți arată ce a produs acea problemă, şi cât de uşor poți scăpa de problemă... imaginea devine tot mai clară... şi o înțelegi, realizând că ai depăşit complet problema. Şi când doreşti poți schimba înapoi la programul preferat de televizor sau poate vrei să urmăreşti un video?

Odată ce copilul este angajat în programul de la televizor terapeutul poate introduce idei care se leagă de scopul terapeutic. Este important ca terapeutul să relaţioneze bine cu copilul şi poate genera poveşti tereapeutice imaginative în cadrul contextului creat iniţial, şi anume programul de la televizor. Trebuie de asemenea notat că atunci când copiii se imaginează privind un program favorit la televizor, ei îşi pot reorganiza experienţa a ceea ce se întâmplă (de exemplu, o procedură dureroasă) şi se pot disocia de ea (de exemplu, durerea).

Intervenţia 59. Covorul magic

Imaginează-ți că mergi la un picnic, mergi cu persoanele pe care le preferi într-un loc special la un picnic. Ai acolo de mâncat şi de băut ceea ce îți place. Poți să le guşti şi să le vezi...Te bucuri jucându-te cu familia şi preietenii. Apoi când ai terminat de mâncat şi de băut şi de jucat diverse jocuri, vezi un covor care este acolo pe pământ. Este de culoarea ta preferată, moale şi neted. Poți să te aşezi pe el, sau să te întinzi pe el... imaginează-ți că este un covor magic, care poate zbura oriunde doreşti, şi tu eşti pilotul. Tu îl controlezi. Poți zbura la câțiva centimetri deasupra pământului chiar deasupra ierbii, sau chiar sus, deasupra copacilor. Tu eşti pilotul. Poți merge acolo unde vrei cât de repede sau de încet vrei, doar gândindu-te la asta. Poți ateriza ca să îți vizitezi prienetii sau familia... sau poți

ateriza la grădina zoologică sau la mare, sau oriunde îți place. Tu eşti pilotul şi tu conduci. Poți zbura pe lângă un copac şi poți vedea păsările în cuib. Poți accelera şi poți încetini... Bucură-te să mergi acolo unde vrei să mergi. Ai la dispoziție tot timpul de care ai nevoie şi te simți foarte confortabil. Atunci când eşti pregătit, poți găsi un loc drăguț şi confortabil în care să aterizezi cu covorul tău magic. Atunci când ai aterizat, dă-mi şi mie de ştire acest lucru prin ridicarea unui deget. Şi poți zbura cu covorul tău magic oriunde doreşti, poate atunci când încerci să adormi sau atunci când vrei să te distrezi.

Intervenţia 60. Tehnica monezii : o abordare cu fixarea privirii

Daţi copilului o monedă strălucitoare pe care să o ţină în mână. Monedele străine funcţionează foarte bine.

Uită-te la monedă şi observă ce există pe ea pe ambele părți. Ştii din ce țară vine? (Puteți da copilului unele informații amintindu-vă ce vârstă şi experiență are). După ce ai făcut acest lucru, poți păstra moneda dacă vrei. Ține moneda între degetul mare şi celălalt şi continuă să o ții aşa, cu brațul întins, în timp ce asculți sunetul vocii mele. Şi acum se va întâmpla un lucru interesant. Peste câteva clipe vei oberva cum brațul tău devine tot mai greu şi mai greu şi în acelaşi timp te simți tot mai confortabil. Şi cum observi senzațiile tot mai puternice de confort în interiorul tău, brațul tău devine tot mai greu şi mâna şi degetele sunt tot mai grele, ca de plumb – aşa de grele, de confortabile şi relaxate – şi curând moneda cade dintre degetele tale şi atinge podeaua şi vei intra într-un somn adânc şi minunat. Vom găsi mai târziu moneda astfel încât să o iei cu tine acasă. Dar acum te poți bucura de această experiență pe măsură ce degetele şi mâinile tale devin aşa de minunat de grele pe măsură ce intri tot mai adânc într-o transă magică. Tot ceea ce îți spun poate intra adânc în acea parte a ta care îți

controlează comportamentul *(legaţi aceasta de problema care este tratată).* Aşa este bine... şi acum poţi pluti înapoi pe măsură ce devii din ce în ce mai uşor şi te regăseşti înapoi în acest scaun în această cameră. Ţi-a plăcut asta? Acum putem căuta moneda.

Poveştile

Utilizarea poveştilor este foarte avantajoasă în lucrul cu copiii (Mills, Crowley, 1986 ; Crowley, Mills, 1986 ; Hart, Hart, 1996 ; Thomson, 2005 ; Snyder, McDermott, Cook, Rapoff, în curs de publicare). Basmele, cum sunt „Hansel şi Gretel", au de-a face cu o gamă largă de emoţii şi probleme umane care pot fi folosite pentru a ajuta copilul să se descurce cu temerile sale şi pentru a insufla speranţa (Bettleheim, 1991). Terapeuţii pot folosi poveşti standardizate, teme din basme (de exemplu, *Bunul Rege Wencelas* ; Mantle, 1999, 2001), povestirile ştiinţifico-fantastice, sau pot modifica poveştile sau scrie unele noi. Mills şi Crowley afirmă că copiii răspund spontan şi nu încearcă să îşi dea seama ce e cu povestea prezentată. Copiiilor mici li se poate da voie să coloreze şi să se joace în timp ce li se spune povestea pentru că se presupune că mintea lor inconştientă va da un sens poveştii în ce priveşte rezolvarea propriei porbleme. Mills şi Crowley (1986, p. 64) sugerează că trăsăturile centrale ale unei poveşti eficace sunt :

- tema sau conflictul metaforic legat de protagonist ;
- conţine eroi sau persoane care ajută ;
- conţin situaţii de învăţare paralele cu acelea ale copilului, în care protagonistul va avea succes ;
- prezintă o criză în care protagonistul poate depăşi problema ;
- dezvoltă sentimentul identificării cu protagonistul ca rezultat al victoriei sale ;

- culminează cu o celebrare în care este recunoscută valoarea specială a protagonistului.

Poveştile tradiţionale cum sunt *Răşuşca cea urâtă* sau *Vrăjitorul din Oz* conţin toate elementele de mai sus.

Copiii întâlnesc multe situaţii stresante în viaţa lor şi adesea au reacţii psihosomatice şi comportamentale care le produc îngrijorare atât lor cât şi familiilor lor. În discuţia de mai jos sunt prezentate şase domenii legate de performanţa academică, procedurile medicale stresante, dificultăţile de somn, enurezisul nocturn, problemele dermatologice şi imaginea corporală. Deşi aici se subliniază lucrul cu copiii, multe dintre aceste abordări pot fi adaptate pentru adulţi în probleme similare legate de stres.

O descriere amănunţită a abordărilor hipnotice pentru copii o puteţi găsi în lucrările lui Olness şi Gardner (1988), Wester şi O'Grady (1991) şi Gardner *et al*. (1996).

Problemele de învăţare

În copilăria mică şi mijlocie, copiii ajung să se afle sub o presiune academică în creştere, cu cereri tot mai mari de performanţă prin nesfârşite teste şi examene, care adesea produc stres. Acesta poate duce la o scădere a stimei de sine, dificultăţi de somn şi alte probleme comportamentale şi psihosomatice. În afară de intervenţiile realizate cu copilul este util să implicăm părinţii şi şcoala. Nath şi Warren (1995) descriu un program educaţional implementat în patru şcoli generale care au ajutat elevii să înţeleagă natura stresului lor şi să înveţe modalităţi practice pentru a se descurca cu acest stres. Au fost folosite o serie de exerciţii de hipnoză şi relaxare incluzând „procedura vacanţei mentale” (Stanton, 1989).

Această procedură, constând din cinci paşi, a fost deja descrisă în capitolul 4. La nivel global rezultatele au indicat că acei copii implicaţi în program s-au simţit mai puţin anxioşi, deşi nu se cunoaşte care este contribuţia hipnozei la acest efect. Autorul a lucrat cu succes cu copii şi adulţi tineri folosind o combinaţie de întărire a eului, stabilire a scopurilor, poveşti şi metafore. Mai multe exemple de intervenţii hipnotice sunt cele descrise de Hammond (1990a, pp. 433-464).

Enurezisul nocturn

Enurezisul poate avea o geneză şi o etiologie complexă (Carr, 1999, p. 214), deşi este foarte probabil ca enurezisul diurn să fie o problemă organică adică enurezis primar (Bauman, 1981) în timp ce enurezisul secundar este mai probabil rezultatul distresului emoţional sau stresului din viaţa copilului (Wester, O'Grady, 1991). Olness şi Gardner (1988) spun că intervenţiile chirurgicale, moartea unui animal preferat sau mutatul de acasă sau la altă şscoală poate produce debutul nevrozei. Atunci când hipnoza este luată în considerare ca tratament posibil este adesea ca ultimă încercare, după ce au fost deja încercate multe alte metode. Abordările hipnotice care ţintesc în primul rând îndepărtarea simptomului pot să fie suficiente, deşi poate fi necesară explorarea dinamică a familiei sau şcolii (Gibson, Heap, 1991). Implicarea parentală constructivă în tratamentul enurezisului nocturn poate facilita utilizarea de către copil a auto-hipnozei fără intruziune sau subminarea autonomiei, deşi unii copii rezistă auto-hipnozei datorită „interferenţelor" parentale (Kohen, Olness, Colwell, Heimel, 1984). Evaluarea tratamentelor hipnotie indică rezultate variate, dar succesul este mai probabil atunci când hipnoza este combinată cu alte

abordări, ca de exemplu managementul medical, instruirea părinţilor şi tehnici comportamentale. În ciuda varietăţii rapoartelor şi rezultatelor pare destul de clar că hipnoza are un rol în tratamentul enurezisului nocturn.

Trebuie subliniat că toţi copiii udă patul la un moment dat, aşa că enurezisul poate fi considerat o variantă developmentală până la vârsta de aproximativ şase ani, cu excepţia situaţiei în care copilul începe să ude patul după ce nu mai făcuse acest lucru în mod continuu cel puţin şase luni.

Metodele tradiţionale de hipnoză pentru îndepărtarea simptomelor pot fi combinate cu utilizarea întăririi eului, sugestii directe, poveşti şi metafore. Etkins şi Carter (1981) au dezvoltat şi utilizat proria lor tehnică metaforică ştiinţifico-fantastică în trei cazuri de enurezis cu debut secundar. În fiecare caz copilul a fost invitat să îşi imagineze că merge cu o navă spaţială şi întâlneşte personajele şi evenimentele care erau necesare pentru a rezolva problema copilului. Această tehnică s-a dovedit a fi eficace atât pentru inducţia de transă cât şi pentru tratament. Alte exemple sunt cele furnizate de Erickson (1952a) şi Hammond (1990a, pp. 489-498).

Am utilizat cu succes abordarea generală de mai jos cu o serie de copii. Oricum, această abordare trebuie adaptată conform cu vârsta şi circumstanţele individuale ale copilului.

Intervenţia 61. Enurezisul nocturn

Acum am în buzunar o monedă foarte specială şi magică care te poate ajuta să depăşeşti dificultățile pe care le ai noaptea atunci când dormi... ai vrea să te uiți la ea? Aşa este foarte bine... poți vedea că pe o parte a monezii este capul reginei şi pe cealaltă parte un leu care arată foarte puternic... regina trăieşte într-un palat mare şi în afara palatului sunt străji care o

păzesc şi o fac să fie protejată şi în siguranță... şi dacă sunt probleme în timpul nopții atunci gărzile o pot trezi...şi apoi ea poate să meargă din nou la culcare ştind că totul este bine şi când se trezeşte dimineața se va simți foarte confortabil... şi uneori câinele ei o ajută şi latră atunci când este necesar... Crezi că câinele tău te-ar putea trezi atunci când dormi şi este nevoie să mergi la baie?... şi deja te poți întreba dacă acest lucru s-ar putea întâmpla?... te rog să freci încet moneda şi pe măsură ce faci asta poți observa cum ochii tăi devin obosiți şi somnoroşi... şi îi poți lăsa să se închidă pe măsură ce asculți această poveste... A fost odată ca niciodată un băiețel care avea un câine foarte special care avea grijă de el în timpul zilei şi de asemenea când dormea...atunci când băiatul avea nevoie să meargă la baie noaptea atunci când dormea câinele lătra şi îl trezea şi îi spunea că trebuie să meargă la baie...după aceea băiețelul mergea înapoi în patul lui cald şi dimineața mama lui era extrem de bucuroasă că avea un pat uscat şi la fel era şi el...Poate câinele tău te poate ajuta în acelaşi fel... să-l întrebăm? Îl voi întreba acum în timp ce tu asculți. Acum, Jack *(câinele)* te rog să îl ajuți pe prietenul tău David în următorul fel... atunci când David doarme noaptea te rog să îl păzeşti constant aşa încât să îi fie cald şi confortabil... şi când observi că vezica lui este plină te rog să latri şi să îl trezeşti aşa încât să poată merge la baie... faci asta, te rog?... I-am spus lui Jack care este planul şi el este de acord să coopereze. Şi atunci când cealaltă minte a ta ştie că îl poate auzi pe Jack atunci când dormi... şi ştie că Jack va avea grijă de tine, unul din degetele tale se va mişca sau poate tot brațul tău se va ridica de la sine în aer?... Aşa este fantastic!... Bine făcut! Şi aceasta este ce trebuie să faci atunci când eşti gata pentru culcare... freacă moneda magică şi adormi repede pentru că ştii că Jack te va trezi atunci când este nevoie să mergi la baie... şi te vei trezi dimineața simțindu-te uscat şi confotabil..şi nu peste mult timp vei vedea că patul tău este uscat în fiecare dimineață şi te poți simți cu adevărat bine că ai făcut acest lucru de unul singur.

Orice abordare care duce la un pat uscat poate fi combinată cu un sistem de recompense. În departamentul pediatric al unui spital local general problemele de enurezis au fost tratate cu succes prin hipnoză tradiţională (fixarea privirii şi levitaţia braţului), relaxare, sugestii directe, imagerie, întărirea eului şi un sistem al recompenselor (grafic cu steluţe).

Proceduri medicale stresante

Au existat mai multe studii de evaluare a eficacităţii hipnozei şi imageriei ghidate pentru procedurile medicale stresante la copil (Lambert, 1996). Lambert a concluzionat că imageria ghidată ameliorează durerea postoperatorie, scade timpul necesar pentru recuperare, descreşte intervalul de timp necesar ca spitalizare şi scade anxietatea. Au fost realizate cercetări considerabile pe copiii cu cancer şi aceste studii sunt baza unei treceri în revistă realizate pe scurt.

Deşi cancerul nu este întotdeauna dureros în sine, copiii cu cancer sunt supuşi multor proceduri dureroase pentru diagnostic, terapie şi îngrijiri paliative, incluzând puncţia lombară, aspiraţia de măduvă osoasă şi biopsia (Hilgard, LeBaron, 1984b). Copiii consideră că procedurile dureroase sunt partea cea mai dificilă din cancer, iar repetarea frecventă a procedurilor nu îi desensibilizează faţă de stres (Weekes, Savedra, 1988 ; Fowler-Kerry, 1990). Deşi durerea legată de proceduri este adesea privită ca fiind simplă, ea poate produce suferinţă, pierderea controlului şi afectarea calităţii vieţii. Astfel este esenţial ca intervenţia pentru suferinţă să ia în considerare durerea şi distresul asociate cu procedurile de tratament. Multe date disponibile privitoare la gestionarea durerii legate de proceduri se adresează mai degrabă managementului farmacologic decât procedurilor psihologice (complementare).

Deşi hipnoza este frecvent folosită în practica clinică, studiile controlate asupra procedurilor clinice sunt rare şi au dus la rezultate echivoce şi conflictuale (Genius, 1995 ; Liossi, Hatira, 1999 ; Wild, Espie, 2004). Într-o lucrare clasică asupra eficacităţii hipnozei pentru reducerea durerii în timpul aspiraţiei de măduvă osoasă, Hilgard şi LeBaron (1982) raportează utilizarea cu succes a hipnozei pentru ameliorarea durerii la 15 din 24 de copii cu vârsta între 6 şi 10 ani. Zeltzer şi LeBaron (1982), tratând cu ajutorul hipnozei şi tehnicilor non-hipnotice (de exemplu, respiraţia profundă) 27 de subiecţi supuşi aspiraţiei de măduvă osoasă şi 22 de subiecţi supuşi puncţiei lombare au arătat că există o reducere semnificativă a durerii în cazul ambelor tehnici, hipnoza fiind cea mai eficace. Kellerman, Zetzler, Ellenberger şi Dash (1983) au demonstrat că hipnoza reduce durerea şi anxietatea la nivele semnificative sub cel bazal într-o serie de proceduri medicale, incluzând aspiraţia de măduvă osoasă, două puncţii lombare şi şapte injecţii intramusculare. Câteva studii (Katz, Kellerman, Ellenberg, 1987 ; Wall, Womack, 1989) au găsit că hipnoza are un beneficiu semnificativ, dar că acesta nu este mai mare decât al intervenţiilor cognitiv-comportamentale nehipnotice. Rapoartele privitoare la utilizarea abordărilor hipnotice Ericksoniene pentru pacienţii pediatrici din serviciile de hematologie/oncologie sunt rare, deşi aplicabilitatea lor este discutată de Jacobs, Pelier şi Larkin (1998).

Hawkins, Liossi, Hatira, Ewart şi Kosmidis (1989) au evaluat utilizarea hipnozei în gestionarea durerii în cursul puncţiilor lombare pediatrice. Au fost „hipnotizaţi” 30 de copii cu leucemie şi limfom non-Hodgkin care erau supuşi în mod regulat puncţiilor lombare, folosind tehnici de imagerie vizuală (locul pereferat, activitatea perferată). La câteva minute după implicarea hipnotică copiii au primit fie sugestii directe fie indirecte.

Şedinţa de terapie s-a încheiat cu o sugestie posthipnotică şi anume că experienţa hipnotică va fi repetată în timpul tratamentului în cabinetul de tratament şi va asigura confortul în timpul puncţiei lombare. Puncţiile lombare au fost programate pentru următoarea zi. În momentul programării copilul a fost însoţit în cabinetul de tratament de către terapeut. În cursul pregătirii pentru puncţia lombară, copilul a fost încurajat să intre în transă hipnotică şi pe parcursul procedurii a fost încurajată implicarea hipnotică după cum a fost necesar. Rezultatele au indicat că hipnoza este o strategie eficace de gestionare a durerii în timpul puncţiilor lombare fără a exista diferenţe între sugestiile directe şi indirecte. Hart şi Hart (1998) comentează amplu această lucrare.

Într-o lucrare recentă, Wild şi Espie (2004) au realizat o trecere sistematică în revistă a cercetărilor realizate în domeniul gestionării durerii legate de proceduri în oncologia pediatrică în contextul unui cadru naţional de evaluare a dovezilor ştiinţifice. Autorii concluzionează că la ora actuală există dovezi insuficiente pentru a recomanda hipnoza ca parte a ghidului de tratament în acest domeniu. Oricum, ei concluzionează de asemenea că există suficiente dovezi pentru a justifica studiile controlate realizate la scară mare.

Tulburări de somn

Tulburările de somn la copii fac adesea parte din dificultăţile familiale, incluzând reducerea numărului şi calităţii interacţiunilor sociale suportive, depresia părinţilor, conflictele maritale, deteriorarea relaţiei părinte-copil, având de asemenea un impact asupra memoriei şi performanţei academice (Stores, 1996). Cele mai comun tratate probleme de somn sunt dificultăţile de

adormire şi trezitul în cursul nopţii, urmate de coşmaruri, terori nocturne, somnabulism, probleme legate de respiraţie şi hipersomnie (somnolenţă excesivă în timpul zilei neexplicată de o canitate inadecvată de somn sau de tranziţia prelungită până la starea de veghe). În lucrările lui Ferber şi Kryger (1995), Schafer (1995) şi Stores (1996) există o decsriere detaliată a acestor probleme.

Există multe exemple de intervenţii hipnotice folosite cu succes în tratamentul tulburărilor de somn la copii (Olness, Gardner, 1988 ; Hartland, 1989 ; Hammond, 1990a ; Wester, O'Grady, 1991 ; Kohen, Mahowald, Rosen, 1992 ; Kingsbury, 1993 ; Ford, 1995 ; Howsam, 1999). Tehnicile folosite în strategiile de tratament le includ pe acelea derivate din abordările mai directe tradiţionale precum şi cele Ericksoniene sau naturaliste. De exemplu, Carr (1999) a raportat utilizarea abordărilor de imagerie ghidată pentru a ajuta copiii să se relaxeze. A cerut copilului să îşi imagineze că soarele apune şi vântul moare, sau o pasăre care zboară la distanţă.

Karle şi Boys (1987) descriu o serie de abordări în care copiii care au vise urâte pot fi învăţaţi să controleze conţinutul şi progresia visului (pp. 176-177). Hearne (1993) sugerează că hipnoza poate fi utilizată pentru a converti coşmarurile în vise lucide, deşi lucrările sale nu specifică dacă această procedură este pentru adulţi sau pentru copii. Un studiu realizat de autor (Hawkins, Polemikos, 2002) indică faptul că hipnoza a fost folosită cu succes pentru rezolvarea tulburărilor de somn la copiii mici care au fost considerabil stresaţi ca rezultat al suferinţei familiale majore. Nici unul dintre copii nu fusese diagnosticat cu vreo problemă psihiatrică, dar cu toţii aveau un număr de dificultăţi legate de somn, relaţii, şcoală şi comportament social. Studiul s-a centrat pe patru itemi din Programul Southampton de Gestionare a Somnului (Bartlet,

Beaumont, 1998) : dificultăţi de adormire, numărul de nopţi în care s-au trezit în cursul ultimelor şapte zile, timpul necesar pentru a se instala în proriul pat şi frecvenţa coşmarurilor sau terorilor nocturne. A fost utilizată o nouă paradigmă de cercetare (Reason, Rowan, 1981 ; Reason, 1994 ; Heron, 1996) implicând participarea colaborativă a experimentatorului şi a subiecţilor (copiii).

În cursul primei părţi a şedinţei de terapie (aproximativ 15 minute) copiii au jucat diverse jocuri sau au citit, această parte fiind urmată de un „joc" în care au făcut cu rândul în grup pentru a spune grupului lucruri bune care li s-au întâmplat în cursul săptămânii. Fiecare copil a fost rugat să spună care este animalul său preferat şi dacă au vreun animal acasă. Apoi au fost încurajaţi să „îşi deseneze problema de somn", urmată de o scurtă descriere sau reprezentare. Toţi copiii au făcut referire la vise rele sau coşmaruri şi cei mai mulţi au spus că acestea se repetă în fiecare noapte. De asemenea au făcut referire la dificultăţile de adormire, trezirea frecventă, teama de întuneric, faptul că „văd" feţe sau umbre în întuneric, că „aud" zgomote sau voci înspăimântătoare şi schimbă patul, şi aşa mai departe. A fost sugerat grupului că este posibil să meargă la culcare şi să doarmă având vise plăcute în cursul nopţii astfel că nu mai trebuie să se trezească în timpul nopţii (decât dacă este necesar să meargă la baie). A fost explicat copiiilor că pentru a face acest lucru trebuie să se angajeze într-o anume pregătire şi practică astfel încât să funcţioneze mai eficient. Au căzut de acord cu acest lucru şi au părut entuziasmaţi de idee. Copiii au fost învăţaţi o metodă de auto-hipnoză („jocul de-a dormitul") folosind locul lor preferat şi „consilierul interior" (Jaffe, Bresler, 1980). Au ales locul preferat, ca parte a jocului, înainte de a induce transa hipnotică. A fost aleasă această abordare datorită gamei de vârstă şi a faptului că interesele

grupului erau destul de diferite, iar pentru situaţia grupului gestionarea anxietăţii mai degrabă decât a conţinutului viselor a fost mult mai adecvată. Au fost date copiiilor următoarele instrucţiuni :

Intervenţia 62. Problemele de somn la copii : maşina din norul magic

> Acum închide ochii de parcă te-ai duce la culcare aşa că începi să simți cum visezi...şi poți observa cât de uşor te simți şi poate chiar o senzație de gâdilare de parcă stai pe o pernă mare şi pufoasă de bumbac... Şi pe măsură ce te simți uşor, poți observa cum perna devine un nor alb şi pufos... ai vrea să mergi într-un loc preferat şi dătător de siguranță?... Atunci tot ce este nevoie să faci este să îți imaginezi că norul tău alb şi pufos este o maşină magică făcută dintr-un nor. Poți conduce maşina destul de uşor şi poți zbura spre locul tău preferat..şi aterizezi cu maşina şi te uiți împrejur... Ce poți vedea? Ce poți auzi?... Este cald sau rece?... şi acum, cum te uiți în jur, observi un animal foarte prietenos (poate animalul tău de acasă) care vine spre tine. Şi pe măsură ce mângâi animalul prietenos te simți foarte somnoros ştiind că poți adormi şi face astfel încât toate visele tale să fie plăcute. Şi dacă te trezeşti în timpul nopții îți vei aminti repede cum să mergi în locul tău dătător de siguranță repede şi uşor, cu maşina ta din nor....şi atunci când ajungi în locul tău special vei fi deja visător şi somnoros atsfel că atunci când îți mângâi animalul prietenos vei adormi profund, foarte relaxat şi fericit... Şi cu cât practici mai mult, ai putea chiar să nu observi că s-ar putea chiar să nu te trezeşti pe măsură ce mergi spre locul tău special...şi aici vei învăța să dormi bine toată noaptea cu vise plăcute. Atunci când te trezeşti dimineața te vei simți pe deplin treaz şi vei aştepta cu nerăbdare toate lucrurile pe care le ai de făcut în timpul zilei (adaptat după Ford, 1995, pp. 204-205; Hammond, 1990a, pp. 253-256).

Copiii au practicat apoi această intervenţie de unii singuri şi au fost instruiţi să facă acest lucru în fiecare noapte înainte de a merge la culcare. Feedbackul obţinut de la copii a sugerat faptul că au urmat ideea generală a „intervenţiei”, deşi au existat „interpretări” considerabile.

La a doua întâlnire consensul general al grupului a fost :

- jocul „de-a dormitul” i-a ajutat să adoarmă ;
- atunci când s-au trezit le-a fost mai puţin frică şi au putut adormi din nou (un copil) ;
- au avut mai puţine vise rele (un băiat de opt ani a spus că îşi putea controla visele şi le putea „face” bune) ;
- s-au simţit mai bine dimineaţa (un copil).

Au existat de asemenea indicii cum că au apărut îmbunătăţiri şi în alte aspecte ale vieţii lor, de exemplu şcoala. Cinci membrii ai grupului au spus că s-au simţit mai puţin obosiţi la şcoală şi că aşteptau cu plăcere să meargă la şcoală.

Probleme dermatologice

Stresul a fost implicat ca factor de exacerbare în eczemele copiiilor (Koblenzer, 1988). Boala de piele însăşi poate genera stres considerabil ca rezultat al ruşinii, grijilor legate de propria imagine, scăderii stimei de sine, anxietăţii, dificultăţilor de adormire şi posibil izolării sociale (Daud, Garralda, David, 1993 ; Morgan, McCreedy, Simpson, Hay, 1997). Există puţine studii asupra rolului hipnozei în tratamentul eczemei. Sokel, Lansdown, Atherton, Glover, Knibbs (1993) au comparat hipnoterapia, biofeedback-ul şi discuţiile ca tratament al eczemei atopice a copilului. Rezultatele au arătat că întinderea leziunilor

pe piele a fost redusă cu ajutorul hipnozei şi biofeedback-ului, cele mai bune rezultate fiind obţinute la fete, cu ajutorul hipnozei. Datorită problemelor sociale şi emoţionale care rezultă din eczeme, este adecvată folosirea tehnicilor de întărire a eului astfel încât să crească încrederea copilului, stima de sine şi sentimentele de control şi autonomie. Aceasta se poate realiza prin folosirea metaforelor şi poveştilor. De exemplu, Mantle (2002) a folosit povestea *Bunului Rege Wencelas* după cum urmează :

> Pacienta suferă de eczemă, dar în ciuda acestui fapt ea este aleasă de rege să îl însoţească atunci când merge să dea pomană oamenilor nevoiaşi. Pacienta observă că zăpada care cade răcoreşte şi alină eczema de pe faţa ei şi la sugestia regelui aplică zăpada pe braţe şi picioare. Pe măsură ce face acest lucru simte beneficiul efectului de răcorire şi pielea încetează să o mai mănânce. Întorcându-se la castel, pacienta îşi dă seama că oricând simte că s-ar scărpina, se gândeşte la zăpadă şi imediat pielea se calmează şi iritaţia dispare. Din acest motiv pacienta devine tot mai relaxată şi nu se mai teme să se dezbrace în faţa altor pacienţi, are mai multă încredere în sine şi se bucură să se joace cu ceilalţi. În plus îşi dă seama că doarme mai bine noaptea şi ca atare poate învăţa mai bine la şcoală în ziua următoare (p. 44).

Există multe tratamente disponibile pentru tratarea eficace a problemelor dermatologice şi hipnoterapia poate fi o procedură complementară valoroasă. Studiul de caz 5. Hipnoza în tratamentul psoriazisului, prezentat în capitolul 7, este un exemplu de intervenţie hipnoterapeutică adecvată.

Tulburările de comportament alimentar şi imaginea corporală

Tulburările de comportament alimentar sunt uzuale într-o cultură din ce în ce mai obsedată de fast food, diete şi imaginea corporală, modă şi cultul celebrităţii. Adolscenţii pot fi de asemenea preocupaţi de sport şi activităţi artistice care subliniază silueta şi competiţia. Lipsa de satisfacţie în ce priveşte corpul, precum şi curele de slăbire pot duce la comportamente alimentare nesănătoase şi periculoase, care pot duce la tulburări de comportament alimentar cum sunt bulimia nervoasă şi anorexia nervoasă. Adolescentele sunt în cea mai mare măsură vulnerabile la dezvoltarea tulburărilor de comportament alimentar. Oricum şi băieţii sunt preocupaţi de forma corpului şi greutatea corporală. Adesea există o preocupare faţă de mâncare şi imaginea corporală care generează stres şi anxietate precum şi tipare alimentare distructive.

Tulburările de comportament alimentar sunt adesea asociate cu sentimente de neajutorare, tristeţe, anxietate şi nevoia de perfecţiune. Aceasta poate face ca persoana să utilizeze curele de slăbire sau pierderea în greutate pentru a dobândi sentimentul controlului şi stabilităţii. Stresul familial, gestionarea tranziţiilor de viaţă cum sunt suferinţa şi intimidarea la şcoală pot contribui la dezvoltarea tulburărilor de comportament alimentar. Problemele asociate pot include depresia, tulburările obsesiv-compulsive, abuzul de substanţe sau auto-lezarea.

Deoarece tulburările de comportament alimentar sunt de obicei o problemă medicală şi psihologică, tratamentul implică în mod tipic colaborarea dintre medic, nutriţionist şi psiholog (Siegel, Brisman, Weinshal, 1997). Ca şi în cazul problemelor alimentare mai puţin severe, clinicianul poate folosi hipnoza pentru întărirea eului cu scopul de îmbunătăţire a siguranţei de sine, imaginii de sine şi imaginii corporale, gestionarea anxietăţii şi de asemenea aborările hipnoanalitice şi terapia familială acolo unde este adecvat.

Hipnoterapia familială şi de cuplu

În general hipnoza clinică este folosită în situaţiile unu-la-unu. Oricum, în contextul terapiei familiale şi de cuplu hipnoza poate fi gestionată în mai multe moduri :

- psihoterapie individuală unu la unu ;
- hipnoterapie unu-la-unu în cadrul familiei sau cuplului. În acest caz terapeutul lucrează cu un membru al familiei (în transă) şi celălalt partener sau familia (probabil în transă) fiind de faţă. Se utilizează principiul terapeutic al „imaginaţiei pasive", care poate conduce unul sau mai mulţi membri ai familiei la abreacţie emoţională (silenţioasă) sau la câştigarea insight-ului sau auto-cunoaşterii prin rezolvarea conştientă şi inconştientă de probleme ;
- hipnoza familială „de grup" în care terapeutul lucrează cu întreaga familie sau cuplul în acelaşi timp, poate prin folosirea unei forme de relaxare sau cu ajutorul fanteziei ghidate de grup. În acest caz toţi membrii familiei îşi imaginează „activ", ceea ce poate conduce la insight spontan sau abreacţie la toţi membrii familiei sau doar la unii dintre ei. De asemenea unii terapeuţi presupun că va fi iniţiat un proces de căutare inconştientă la fiecare persoană.
- facilitarea sincronicităţii ultradiene (Rossi, Nimmons, 1991), în care membrii familiei devin mai conştienţi de indiciile minţii celuilalt în ce priveşte stresul ultradian şi intră împreună în ritmurile lor circadiene şi ultradiene.

Indiferent de felul în care este condusă terapia, ea tinde să se centreze pe individ, indiferent dacă persoana este tratată de una singură sau în grupul familial. Este important de reiterat că hipnoza este adesea înţeleasă ca strategie facilitatoare sau catalizatoare, care asigură un „context terapeutic" în care sunt

introduse strategiile primare de „terapie familială”. Cu alte cuvinte, persoanele care practică hipnoza sunt în primul rând pregătite ca şi profesionişti iar hipnoza le poate facilita abilitatea profesională. De exemplu, terapeuţii de familie care doresc să exploreze unele din conflictele ascunse din cadrul familiei pot utiliza proceduri hipnoanalitice (de exemplu, semnalizarea ideodinamică sau analiza viselor) pentru a realiza acest lucru. Oricum, descoperirea unui anume material de către terapeut înseamnă că acesta trebuie să îşi folosească toate abilităţile profesionale ca terapeut de familie pentru a ajuta familia să utilizeze aceste „insgiht-uri” pentru a ajunge la scopurile terapeutice.

Deşi Erickson nu menţionează niciodată lucrul cu familiile sau sistemele, mulţi terapeuţi de familie sunt îndatoraţi contribuţiilor sale în domeniu (Haley, 1973 ; Lankton, Lankton, 1986 ; Madanes, 2001). Multe abordări hipnoterapeutice „tradiţionale” pot fi uşor adaptate pentru a lucra cu familiile şi pot fi uşor combinate cu abordările Ericksoniene. Sugestiile indirecte şi metaforele pot fi folosite pentru a stimula activitatea inconştientă şi resursele cu scopul întăririi eului, gestionării stresului, funcţiei simptomului şi rezoluţiei sale, luării deciziilor şi stabilirii scopurilor.

Terapeutul ajută familia să „construiască” imagini pozitive legate de comportamentele cu scop precis cu care familia a căzut de acord. Rezultatul este acela că toţi membrii familiei vor fi mai încrezători, cu îmbunătăţiri ale imaginii de sine şi imaginii corporale, sentimente de speranţă şi optimism privitoare la rezolvarea problemei. O presupunere fundamentală este aceea că familiile au răspunsul la problemele lor („răspunsul este în cadrul familiei”, adică este deja „cunoscut” la nivel inconştient) şi procesul căutării inconştiente poate fi facilitat de terapeut pentru a ajuta familia să „găsească” şi să

actualizeze acest potenţial interior. De asemenea este probabil ca familia să devină mai creativă ca rezultat al „transei de grup” şi ca atare să fie capabilă să ia în considerare strategii diferite de rezolvare a problemei lor „familiale”. Temele de casă pot fi prescrise pentru întreaga familie, pentru a fi realizate individual sau împreună. Întreaga familie trebuie încurajată pentru a ţine un jurnal al viselor, gândurilor neexplicate, imaginilor şi sentimentelor. Acestea pot fi apoi „prelucrate” în şedinţele de terapie familială.

Studiul de caz 6. Hipnoza în terapia familială

Pacienta era o fată bulimică de 16 ani care locuia cu părinţii, fratele mai mic şi bunica. La vârsta de 13 ani i s-a pus diagnosticul de anorexie nervoasă şi de aproximativ un an era bulimică. La vârsta de 14 ani a fost internată în spital unde a fost „tratată” prin metode comportamentale. Părinţii erau foarte îngrijoraţi în legătură cu fiica lor şi mama a fost trimisă la mine de Asociaţia pentru Tulburări de Comportament Alimentar pentru a trata problema în psihoterapie.

În prezentarea studiului de caz am notat faptul că sunt discutate doar elementele „hipnotice cheie” din intervenţiile terapeutice, şi nu toate abordările discutate anterior. Oricum, sper că această scurtă ilustrare să vă dea o idee despre felul în care este utilizată hipnoza în context familial.

Istoricul cazului care urmează demonstrează multe abordări terapeutice sugerate de Weiss, Katzman şi Wolchik (1985). Abordarea globală adoptată este în mod esenţial una pragmatică şi integrativă cu paradigme psihodinamice, comportamentale şi fenomenologice, împreună cu hipoza (atât „formală” cât şi „naturalistă”) pentru a accelera procesul terapeutic.

Abordările utilizate includ întărirea eului, gestionarea emoţiilor negative, antrenamentul asertivităţii, relaxarea, recadrarea, hipnoanaliza, stabilirea scopurilor şi planificarea acţiunii, precum şi gestionarea stresului.

Şedinţa 1

Ambii părinţi au fost invitaţi să fie de faţă la această şedinţă, ceea ce au acceptat imediat. A fost realizată anamneza, acordând atenţie în mod special la : momentul debutului ; simptome – psihologice, comportamentale, cognitive şi emoţionale ; modularea problemei în timp ; identificarea evenimentelor care preced un puseu bulimic ; consecinţele mâncatului în exces ; identificarea oricăror beneficii secundare şi tratamentele anterioare. Li s-a cerut să identifice reacţiile lor la problemă în general, precum şi comportamentele specifice şi sentimentele care urmează descoperirii „comportamentului bulimic”. A fost discutat de asemenea efectul relaţiilor familiale şi a vieţii de familie în general. Atât Joanne cât şi părinţii săi au fost întrebaţi care este explicaţia lor în ce priveşte „problema de prezentare” şi ce cred că au nevoie pentru a găsi o soluţie. Ceea ce a fost important în această primă şedinţă de terapie a fost de a determina membrii familiei să vorbească unul cu altul, precum şi cu terapeutul. Aceasta i-a ajutat să identifice tipare de comunicare şi interacţiune, precum şi rolurile pe care le aveau, care puteau fi importante în determinarea strategiilor de tratament. De asemenea au putut fi adunate dovezi asupra funcţiilor simptomului în cadrul familiei.

În timpul şedinţei a devenit evident că mama Joannei era foarte dominantă prin faptul că încerca să controleze interacţiunile, dar în acelaşi timp avea o relaţie foarte atentă cu fiica ei. Tatăl era mai degrabă tăcut şi tindea să fie de acord cu soţia lui, deşi atitudinea sa privitor la Joanne era mai puţin grijulie ; de exemplu credea că problema alimentară a Joannei era „vina ei” şi că „ar fi putut face ceva dacă ar fi dorit cu adevărat”. Tensiunea emoţională dintre mamă şi tată privitor la acest subiect era considerabilă. A fost evident că toţi membrii familiei erau stresaţi de problema Joannei, ceea ce a dus la exacerbarea unei serii de probleme (legate de stres) ; de exemplu insomnia, colita şi anxietatea.

A fost discutat demersul terapeutic privitor la scopuri, interval de timp, onorariu, frecvenţa întâlnirilor şi abordarea terapeutică. Familia a fost de acord să participe la unele şedinţe împreună (inclusiv fratele şi bunica), deşi ocazional Joanne urma să vină singură. Au fost date explicaţii referitor la hipnoză şi efectele sale şi membrilor familiei li s-a dat ocazia să pună întrebări. În această parte a şedinţei de terapie a fost subliniată utilizarea limbajului, atât direct cât şi indirect, care era desemnat să crească optimismul, speranţa şi expectanţele ca modalitate de îmbunătăţire a angajamentului terapeutic şi a pârghiei terapeutice, astfel ajutând la stabilirea uui context mai terapeutic.

Terapia a început cu metoda de „rostogolire a ochilor” a lui Spiegel ca metodă d i nducţie hipnotică :

> Şi data viitoare când inspiri lasă ochii să se rostolgolească spre spate şi pe măsură ce expiri lasă pleoapele să se închidă până la punctul în care nu le mai poți deschide. Păstrează acest sentiment şi lasă-l să se răspândească în întregul tău corp, lăsând corpul tău să plutească spre locul tău preferat în aer liber. Bucură-te de ceea ce se întâmplă. (*Şedința a continuat*

cu o secvență de întărire a eului cu intenția terapeutică de angajare a unui proces de căutare inconştientă a soluțiilor la problemă.) Şi în acest loc plăcut şi reconfortant observi o potecă care te invită să păşeşti pe ea. Urmează această potecă şi cu fiecare pas pe care îl faci vei putea călători înapoi în viața ta până la un moment în timp în care ai rezolvat o problemă de familie, deşi s-ar putea să nu ştii că ai rezolvat-o. Trăieşte acest succes ştiind că ai resursele inconştiente pentru a rezolva orice probleme care apar în viitor. Lasă sentimentele pozitive asociate cu această realizare să treacă prin tine şi păstrează aceste sentimente...şi...acum urmează poteca înapoi până la locul tău preferat, aducând cu tine toate sentimentele pozitive şi resusele tale, ştiind că ai capacitatea de a rezolva problemele actuale care o afectează pe Joanne şi întreaga familie...şi că aceste solții se găsesc aici deşi nu eşti conştient de faptul că acest lucru se întâmplă.

Întreaga familie a pacrticipat la această secvenţă terapeutică. A urmat o scurtă discuţie.

Apoi s-a lucrat cu Joanne în mod individual în timp ce părinţii „au ascultat”. A fost indusă transa hipnotică cu ajutorul metodei de rostogolire a ochilor a lui Spiegel şi apoi a fost realizată levitaţia barţului. Atunci când braţul ei s-a ridicat lent, Joanne a fost rugată să îşi spună următoarele trei lucruri :

- pentru mine hrana este esenţială :
- am nevoie de corpul meu pentru a trăi ;
- datorez corpului meu respect şi admiraţie.

Aceasta este o adaptare a abordării lui Spiegel pentru renunţatul la fumat (vezi capitolul 6). Joanne a practicat aceasta de una singură şi a fost instruită să facă acest lucru de cât mai multe ori posibil în cursul zilei. Api i s-a cerut să se imagineze stând între două oglinzi, una în spatele ei şi una în faţa ei. În oglinda din spatele ei i s-a cerut să se vadă cu problema – cum

arată, ce sentimente are, care este efectul asupra relaţiilor sale, familiei, şi aşa mai departe.

> Acum ia-ți privirea de la această oglindă şi priveşte în oglinda din fața ta. Imaginează-te aşa cum ai vrea să fii, simțindu-te bine şi fericită. Vezi cum reflexia în oglindă devine mai strălucitoare, mai clară, mai colorată şi intră în ea şi devii acea persoană. Ştii că lucrul acesta se întâmplă deja chiar dacă nu îți poți da seama încă de acest lucru.

Deşi părinţilor nu li s-a cerut în mod direct să se angajeze în acest exerciţiu ei au intrat de asemenea în transă (vezi tehnica „prietenul meu John” descrisă în capitolul 3). Deşi Joanne era angajată în terapie individuală, familia a fost de asemenea implicată în mod semnificativ în cele învăţate atât la nivel conştient cât şi inconştient. Şedinţa a continuat cu o scurtă poveste, care a fost introdusă natural şi fără explicaţii.

> Există o poveste despre un călugăr din vremuri străvechi care se simțea foarte deprimat şi trist. Era iarnă şi se uita afară în grădină simțindu-se foarte deprimat şi decăzut. A devenit conştient de pomii golaşi, fără frunzişul lor frumos. I se părea că şi ei se simt trişti şi deprimați când şi-a dat seama că nu erau morți, pentru că primăvara le creşteau frunze noi şi erau chiar mai puternici decât înainte. Şi deşi păreau morți erau foarte vii pe dinăuntru, în rădăcinile lor. Rădăcinile lor, sufletul ființei lor, era viu şi atunci când erau hrăniți de ploile primăverii şi de soarele verii înfloreau din nou. Şi toată iarna creşteau mai puternici şi mai puternici, folosind resursele lor naturale de vindecare şi potențialul de a-şi dezvolta capacitățile naturale.

Joannei i s-a dat de asemenea o casetă cu întărirea eului, care i s-a cerut să o asculte cel puţin o dată pe zi. S-a sugerat ca întreaga familie să asculte caseta împreună pentru a încuraja colaborarea suportivă în demersul terapeutic.

Şedinţa 2

Fratele şi bunica Joannei au fost prezenţi la această şedinţă de terapie, împreună cu mama şi tatăl său. A fost realizat un scurt rezumat al şedinţei precedente. Familia a trecut în revistă ceea ce s-a întâmplat în cursul săptămânii, apoi a urmat o relaxare în grup şi întărirea eului. În prima şedinţă a fost indicat că Joanne era mai înclinată să mănânce în exces atunci când era „stresată". Familiei i s-a ceut să genereze strategii de coping alternative prin „brainstorming". Joanne a „verificat" alternativele în transă hipnotică. A selectat o serie de alternative şi a fost de acord să le implementeze. Au fost discutate modalităţile prin care o puteau ajuta ceilalţi membri ai familiei şi s-a căzut de acord asupra unui contract. În hipnoza de grup, membrii familiei şi-au imaginat cum o ajută pe Joanne să se angajeze în comportamentele asupra cărora s-a căzut de acord. Joanne a fost de acord să ţină un jurnal al acestor activităţi.

Şedinţa 3

După discutarea aspectelor rezultate din temele de casă realizate în timpul celor două săptămâni anterioare şedinţa de terapie s-a centrat pe dinamica aflată la baza problemei Joannei. Au fost utilizate tehnici hipnoanalitice, respectiv abordarea prin semnalizarea ideodinamică cu ajutorul degetului (Rossi, Cheek, 1988). După trei cicluri recursive inconştientul Joannei a indicat (prin mişcarea unui deget) că putea să se îndrepte spre viitor fără problemă.

> Şi pe măsură ce degetul tău „da" se ridică ca recunoaştere a faptului că mintea ta inconştientă te poate acum lăsa să te îndrepţi spre viitor fără problemă, poţi lăsa ca această senzaţie

de ridicare să se răspândească în restul mâinii tale şi în braț făcând ca brațul să se ridice în aer până la data la care te vei însănătoşi... Mintea ta inconştientă poate scrie data în mod automat pe o tablă imaginară, deşi mintea ta inconştientă ar putea alege să uite acest lucru.

Joanne „şi-a amintit” două evenimente „cauzatoare” importante în timpul şedinţei ideodinamice, ambele legate de experienţe familiale. Aceste evenimente au fost discutate cu familia şi au fost urmate de întărirea eului cu întreaga familie. În cursul acestei şedinţe de terapie a apărut un grad de catharsis atunci când mama şi bunica Joannei au început să plângă în relaţie cu o experienţă dureroasă de familie (care devenise un „secret de familie” despre care nu se vorbea). Catharsisul a fost încurajat şi a părut să fie de valoare terapeutică, împreună cu dezvăluirea asociată.

Şedinţa 4

Partea principală a şeinţei de terapie a implicat hipnoza de grup cu întreaga familie şi experienţierea locului preferat din aer liber.

Şi observi o potecă care te invită să păşeşti pe ea. La capătul acesti poteci observi o lumină foarte prietenoasă, verde--albăstruie, care se mişcă lent înspre tine... şi cum se apropie tot mai mult se transformă într-un animal prietenos, consilierul sau terapeutul tău interior, care te poate ajuta cu orice problemă ai putea avea. Prezintă-te te rog prietenului tău şi spune-i care este problema ta... prietenul tău te ascultă cu atenție şi apoi răspunde... ascultă cu atenție înțelegând că s-ar putea să nu înțelegi complet ceea ce îți comunică în acest moment... dar că întreaga semnificație a celor comunicate va putea fi apreciată mult mai târziu, poate în forma unui vis mai târziu azi, sau

săptămâna viitoare, mai devreme sau mai târziu. Şi acum spune-i la revedere prietenului tău ştiind că îl poți întâlni oricând doreşti vizitând locul tău preferat şi chemându-l pe nume.

Familia a împărtăşit experienţele avute, apoi a fost realizat un dialog de grup între animale (un tip de experienţă gestalt). Aceasta s-a dovedit a fi foarte eficace şi a demonstrat o serie de relaţii importante (de exemplu, aspecte de control şi putere, resentimente şi gelozie, afecţiune, etc.) între membrii familiei.

Şedinţa 5

În această şedinţă de terapie au fost explorate furia şi asertivitatea prin folosirea unei abordări de imagerie ghidată în contextul hipnozei. Toţi membrii familiei au fost hipnotizaţi prin folosirea unei tehnici de focusing (respiraţia) urmată de rostogolirea ochilor a lui Spiegel.

Lăsându-te să pluteşti spre malurile unui curs lin de apă... vezi priveliştea... culorile... formele... auzi sunetele... simți sentimentele... şi acum urmezi poteca de-a lungul cursului de apă înapoi spre sursa sa, devenind tot mai tânăr cu fiecare pas pe care îl faci... înapoi până la un moment din timp în care te-ai simțit fericit şi mulțumit... şi acum mergi înapoi la locul de început, împărtăşind orice probleme ai avea cu animalul tău prietenos... şi găseşti că poteca este blocată de o stâncă foarte mare... nu este nici o modalitate de a trece de ea... iar lângă stâncă este un băț mare... pe care îl ridici şi începi să loveşti stânca cu el, şi pe măsură ce loveşti stânca, ea se transformă într-o persoană... poate cineva pe care-l cunoşti... şi pe măsură ce continui să loveşti această persoană, stânca devine din ce în ce mai mică până când poți păşi peste ea, şi poți merge mai departe... şi mergi spre estuarul în care cursul de apă se varsă în mare... şi pe drumul tău într-acolo te odihneşti sub un stejar...

Apoi a fost spusă povestea „viaţa unui stejar” (vezi intervenţia 30 din capitolul 4), ca metaforă pentru creştere şi schimbare. Au urmat discuţii acompaniate de prelucrare gestalt, respectiv tehnica „scaunului gol” şi inversarea de rol.

Şedinţele 6 şi 7

Ultimele două şedinţe au reîntărit în mare măsură ceea ce s-a realizat în şedinţele de terapie precedente. Joanne a început treptat să îşi controleze comportamentul bulimic şi şedinţele de urmărire la şase luni au arătat că în următorii doi ani comportamentul nu a reapărut.

Rezumat

Presupunerea de bază a terapeutului a fost aceea că există un potenţial interior pentru a ajunge la o stare de echilibru legat de funcţionarea umană, atât la nivel individual cât şi familial. Se poate postula că au fost implicaţi o serie de factori terapeutici curativi :

1. facilitarea „resurselor de vindecare internă”, prin folosirea întăririi eului şi hipnoterapiei (Rossi, 1996) ;
2. accesarea şi trecerea în revistă a dinamicii reprimate, conducând la „insight” (cu acceptare conştientă şi inconştientă) şi o disoluţie ulterioară a acestei dinamici care a menţinut simptomatologia ;

3. dezvoltarea unor comportamente şi strategii alternative şi „competiţionale" ;
4. împărtăşirea diferitelor preocupări şi griji între membrii familiei ;
5. dezvoltarea unui suport colaborativ şi a încrederii în cadrul familiei ;
6. ocazii de catharsis emoţional într-un mediu suportiv ;
7. facilitarea împărtăşirii speranţei şi optimismului.

Această abordare a furnizat o pârghie terapeutică imensă în termeni de dezvoltare a motivaţiei între şedinţele de terapie. Întreaga familie a fost „implicată" în procesul terapeutic şi cu toţii au avut un beneficiu considerabil din şedinţele de terapie familială. Joanne a putut modifica comportamentul ei alimentar cu ajutorul familiei şi membrii familiei au făcut schimbări în propria lor funcţionare ca rezultat al procesului terapeutic. Se poate spune cu mare încredere că această abordare a problemelor Joannei a fost îmbunătăţită prin implicarea întregii familii, deşi nu a fost propus un model explicit de terapie familială. Ca rezultat familia a fost mai puţin stresată şi capabilă să se bucure de relaţii de familie mai apropiate. Acest lucru în sine a avut un impact considerabil asupra vieţii lor în general.

Postfaţă

Există o poveste despre un vapor cu pasageri care se pregătea să plece într-o croazieră în jurul lumii. În ultimul moment, înainte de plecare, motorul principal s-a oprit, surprinzându-l foarte tare pe căpitan. A chemat cei mai buni ingineri pentru a examina motorul, ceea ce au şi făcut, cu ajutorul tehnologiilor de vârf, dar totul a fost în zadar. În final, unul dintre pasageri s-a oferit să ajute şi după ce i s-a explicat pe scurt care este problema a cerut să i se aducă un ciocan în sala motoarelor. A examinat motorul şi a ascultat cu atenţie zgomotul pe care îl făcea înainte de a lovi cu precizie cu ciocanul o valvă mică şi roşie. Imediat, motorul a început să funcţioneze perfect. Atunci când a fost întrebat care este onorariul pe care îl cere, omul a spus că doreşte un dolar pentru că a lovit valva cu ciocanul şi 999 de dolari pentru că a ştiut unde să lovească !

Această carte a prezentat un mare număr de intervenţii hipnoterapeutice pentru lucrul cu pacienţii care prezintă o varietate de probleme şi simptome legate de stres. Sper că a fost arătat un punct de vedere care promovează unicitatea şi calităţile de vindecare ale fiecărui pacient, şi ca atare tratamente individualizate. În hipnoterapie se acordă o atenţie specială calităţii relaţiei terapeutice precum şi implicării active a pacientului. Hipnoterapeuţii trebuie să fie profesionişti pregătiţi şi familiarizaţi cu progresele de ultimă oră privitoare la teoria şi practica domeniilor clinice specifice, dar cu toate acestea ei rămân în primul rând vindecători. Arta vindecării necesită ca practicianul să acorde atenţie în special satisfacerii nevoilor psihologice ale pacienţilor, proces care necesită compasiune şi sensibilitate. Pentru ca acest lucru să se întâmple este necesar un

grad crescut de conştientizare individuală şi capacitatea de a avea încerdere în propriile resurse personale.

Deşi tehnologia medicală şi faramaceutica au progresat rapid în ultimele două decenii, ele sunt adesea deficitare în abordarea unor probleme majore legate de condiţia umană, frecvent din cauză că contextul personal şi cel social sunt ignorate. Un exemplu este Viagra, care deşi poate ajuta bărbaţii să obţină o erecţie suficientă pentru actul sexual, nu garantează o viaţă sexuală satisfăcătoare pentru bărbat şi partenera sa. Progresele din medicină şi neurologie fac ca multe din problemele minţii şi corpului uman să poată fi tratate, dar nu şi vindecate. Tot mai mult, oamenii cer alternative la aşa-numita medicină convenţională. Terapiile complementare cum este acupunctura sunt un ajutor valoros pe lângă tratamentele medicale şi există tot mai multe dovezi că eficacitatea lor trece de efectul placebo. De exemplu Parient, White, Frackowiak şi Lewith (2005) au arătat că acupunctura reală are un efect fiziologic specific şi că expectanţele pacienţilor şi credinţele lor legat de un tratament potenţial benefic modulează activitatea unor zone ale creierului legate de sistemul de recompense. De asemenea, aşa cum a fost discutat în această carte, dezvoltarea recentă a hipnoterapiei a arătat în mod convingător că procesele psihoneuroimunologice pot fi stimulate pentru a facilita vindecarea interioară.

Oricum, sunt necesare cercetări care să demonstreze că hipnoterapia funcţionează cu adevărat, precum şi cu ce pacienţi şi cu ce simptomatologie funcţionează. La ora actuală metoda acceptată de evaluare a eficacităţii clinice este studiul clinic randomizat (RCT) pe baza căruia se realizează evaluarea practicii bazate pe dovezi. Deci cercetările de valoare sunt problematice. Într-o carte recentă, Steven Rose (2005) spune că multe cercetări neurologice inteligente sunt realizate folosind modele primitive ale creierului. Este interesant că oamenii care lucrează sub stres, ca de exemplu un grup de asistente medicale, au acelaşi profil neurochimic cu depresivii, deşi ele se simt foarte fericite ! Autorul concluzionează că nu există un simplu lanţ al cauzei şi efectului care să lege între ele evenimentele de la nivel celular şi psihologic. Chiar şi aşa, intervenţiile neurofarmacologice

primitive, cum este tratamentul electro-convulsivant sau Ritalinul uneori funcţionează, deşi motivele pentru care funcţionează nu sunt exact înţelese. McCrone (1999) aseamănă această abordare cu aceea în care „lovim un vechi televizor”, ceea ce poate să meargă. În unele privinţe hipnoterapia este similară, prin aceea că adesea funcţionează, sau cel puţin i se pot atribui unele efecte, deşi motivele pentru care funcţionează nu pot fi cu uşurinţă depistate.

Bineînţeles intervenţiile hipnoterapeutice nu funcţionează întotdeauna, deşi studiile de caz prezentate în cărţi şi reviste adesea implică acest lucru deoarece există atât de puţine studii asupra eşecurilor ! Trebuie să avem grijă în afirmaţia că hipnoterapia funcţionează atunci când aceste afirmaţii nu pot fi susţinute, mai ales în ce priveşte factorii curativi implicaţi. Trebuie de asemenea reiterat că hipnoterapia nu este un panaceu şi că pentru mulţi pacienţi s-ar putea să nu fie tratamentul cel mai benefic. În acest context terbuie reamintit că pacientul de la Serviciul Naţional de Sănătate (NHS) are dreptul al informaţii foarte clare şi inteligibile legate de tratamentul care i se oferă, precum şi informaţii despre tratamentele alternative disponibile (www.nhs.uk/nhsguide) şi această maximă trebuie să fie aplicată şi în practica privată (vezi Drepturile Omului, 1998, www.hmso.gov.uk). Adesea hipnoterapia poate fi folosită cu efect maxim atunci când este încorporată în alte abordări medicale sau minte-corp, cum este terapia cognitiv-comportamentală şi într-adevăr această integrare este necesară în multe situaţii. Integrarea hipnoterapiei cu alte abordări complementare cum este acupunctura ar putea de asemenea să fie valoroasă.

Cu toate acestea există tot mai multe dovezi ale eficacităţii hipnozei clinice în medicină şi psihoterapie ca urmare a numărului tot mai mare de tomografii computerizate realizate în scop de cercetare. Utilitatea ei este demonstrată şi de numărul mare de studii pe scară mică şi rapoarte de cazuri clinice care folosesc metodologiile integrate. Pe măsură ce numărul şi gama studiilor creşte, ca şi sofisticarea lor, tot aşa şi utilizarea hipnoterapiei va fi redefinită privitor la tehnicile specifice, pacienţi şi personalitatea lor unică şi simptomatologie. Până acum au fost realizate puţine cercetări cu

ajutorul rezonanţei magnetice nucleare (RMN) pentru a identifica regiunile din creier care sunt active în timpul hipnoterapiei. Cercetările ulterioare vor furniza mai multe cunoştinţe asupra bazei anatomice şi neurochimice a efectului hipnoterapiei asupra variatelor activităţi fiziologice.

În timp ce sunt făcute încercări care să le permită hipnoterapeuţilor să devină mai sofisticaţi este esenţial ca în acelaşi timp să continuăm să oferim intervenţii care să aibă cel mai mare succes posibil. Dar este important să ne reamintim că fiinţele umane sunt unice şi reacţionează la stres şi la intervenţiile terapeutice în modalităţi diferite ; uneori „mica lor valvă roşie” este de o altă culoare şi este altfel poziţionată, uneori este de nerecunoscut şi alteori pur şi simplu nu există ! Continuaţi să loviţi şi observaţi cu surpriză ce se întâmplă !

Bibliografie

Aapro, M.S. (1991). „Controlling emesis related to cancer chemotherapy”. *European Journal of Cancer*, 27, 356-362.

Abela, M.B. (1999). „Hypnotherapy for Crohn’s Disease : A promising complementary/alternative therapy”. *Integrative Medicine*, 2(2/3), 127-131.

Adams, H., Feuerstein, M., Fowler, J. (1980). „Migraine headache : Review of parameters, etiology and intervention”. *Psychological Bulletin*, 217-237.

Adler, R., Felton, D.L., Cohen, N. (1991). *Psychoneuroimmunology*. San Diego : Academic Press.

Alden, P. (1992). *The use of hypnosis in the management of pain on a spinal injuries unit*, lucrare prezentată la *Al 12-lea International Congress of Hypnosis*, Ierusalim.

Alden, P. (1995). „Back to the past : introducing the «bubble»”. *Contemporary Hypnosis*, 12(2), 59-68.

Alexander, F., French, T. (1946). *Psychoanalytic therapy : Principles and applications*. New York : Ronald Press.

Alladin, A. (1988). „Hypnosis in the treatment of severe chronic migraine”. În M. Heap (ed.), *Hypnosis : Current clinical, experimental and forensic practices* (159-166). Londra : Croome Helm.

Alman, B.M., Lambrou, P. (1997). *Self-Hypnosis : The Complete Manual for Health and Self-Change*, ed. a III-a. New York : Brunner/Mazel.

American Psychiatric Association. (1980). *A Psychiatric Glossary*. Washington, DC : American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, ed. a IV-a. Washington, DC : Author.

American Psychological Association. (1996). *Final Report of the working group on investigation of memories of childhood abuse*. Washington, DC.

Anderson, J.A.D., Basker, M.A., Dalton, E.R. (1975). „Migraine and hypnotherapy”. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 23, 48-58.

Andrews, P.L., Davis, C. (1993). „The mechanism of emesis induced by anti-cancer therapy”. În P.L. Andrews, G.J. Sanger (ed.), *Emesis in Anti-Cancer Therapy : Mechanisms and Treatment* (113-116). Londra : Chapman and Hall Medical.

Aroaz, D.L. (1980). „Clinical hypnosis in treating sexual abulia”. *American Journal of Family Therapy*, 8(1), 48-57.

Aroaz, D.L. (1982). *Hypnosis and Sex Therapy*. New York : Brunner/Mazel.

Aroaz, D.L. (1985). *The New Hypnosis*. New York : Brunner/Mazel.

Aroaz, D.L. (2005). „Hypnosis in human sexuality problems”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, aprilie.

Ashton, C.J. (1997). „Self-hypnosis reduces anxiety following coronary artery bypass surgery”. *Journal of Cardiovascular Surgery*, 38, 69-75.

Assagioli, R. (1965/1975). *Psychosynthesis : A Collection of Basic Writings*. Londra : Turnstone Books.

Axelrad, A.D. (1990). „The role of hypnosis in multiple convergent management of chronic pain”. *Houston Medicine*, 6, 111-119.

Bach, R. (1970). *Jonathan Livingston Seagull*. New York : Macmillan Company.

Baer, P.E., Garmezy, L.B., McLaughlin, R.J., Pokorny, A.D., Wernick, M.J. (1987). „Stress, coping, family conflict, and adolescent alcohol use”. *Journal of Behavioral Medicine*, 10, 449-466.

Bakal, D.A. (1975). „Headache : A biopsychological perspective”. *Psychological Bulletin*, 62, 306-308.

Bakich, I. (1995). „Hypnosis in the treatment of sexual desire disorders”. *Australian Journal of Clinical & Experimental Hypnosis*, 23(1), 70-77.

Balint, M. (1968). *The Basic Fault : Therapeutic Aspects of Regression*. Londra : Tavistock.

Bandler, R., Grinder, J. (1979). *Frogs into Princes*. Moab, UT : Real People Press.

Bannister, D. (1983). „The internal politics of psychotherapy”. În D. Pilgrim (ed.), *Psychology and Psychotherapy*. Londra : Routledge, Kegan Paul.

Bannister, P., Burman, E., Parker, I., Taylor, M., Tindall, C. (1994). *Qualitative Methods in Psychology*. Buckingham : Open University Press.

Barabasz, A., Watkins, J.G. (2005). *Hypnotherapeutic Techniques*, ed. a II-a. New York : Brunner- Routledge.

Barber, J. (1990). „Techniques of hypnotic pain management”. În D.C. Hammond (ed.), *Hypnotic Suggestions and Metaphors*, 50-52. Londra : W.W. Norton & Company.

Barber, J. (ed.). (1996). *Hypnosis and Suggestion in the Treatment of Pain : A Clinical Guide*. New York : W.W. Norton & Company.

Barber, T.X. (1969). *Hypnosis : A Scientific Approach*. New York : Van Nostrand Reinhold.

Barber, T.X., Wilson, S.C. (1978). „The Barber Suggestibility Scale and the Creative Imagination Scale : Experimental and clinical applications”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, (21), 84-108.

Barnier, A.J., McConkey, K., O’Neill, L.M. (1999). „Treating anxiety with self-hypnosis and relaxation”. *Contemporary Hypnosis*, 16, 68-80.

Bartlet, L., Beaumont, J. (1998). „Treating the sleep disorders of children with disabilities and illness : A one-year project”. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 3, 591-612.

Baum, L.F. (1900). *The Wonderful Wizard of Oz*. George M. Hill Company.

Baumann, F. (1981). „Hypnosis in the treatment of urinary and fecal incontinence : A twenty-year experience”. În H.J. Wain (ed.), *Theoretical and Clinical Aspects of Hypnosis*. Miami : Symposia Specialists Inc.

Bayot, A., Capafons, A. (1997). „Emotional self-regulation therapy : A new and efficacious treatment for smoking”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 40(2), 146-156.

Beck, A.T. (1967). *Depression : Clinical, Experimental and Theoretical Aspects*. New York : Holber.

Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G. *et al*. (1988). „An inventory for measuring clinical anxiety : psychometric properties”. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.

Becker, J.V., Skinner, L.J., Abel, G.G., Cichon, J. (1986). „Level of postassault sexual functioning in rape and incest victims”. *Archives of Sexual Behavior*, 15, 37-49.

Beecher, H. (1959). *Measurement of Subjective Responses*. New York, NY : Oxford University Press.

Beigel, H.G. (1980). „The hypnotherapeutic approach to male impotence”. În H.G. Beigel, W.R. Johnson (ed.), *Application of Hypnosis in Sex Therapy*. Springfield, IL : Charles C. Thomas.

Beigel, H.G., Johnson, W.R. (1980). *Applications of Hypnosis in Sex Therapy*. Springfield, IL : Charles C. Thomas.

Bejenke, C.J. (2000). „Benefits of early interventions with cancer patients”. *Hypnos*, 27(2), 75-81.

Bergin, A.E., Garfield, S.L. (1994). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, ed. a IV-a. Chichester : Wiley.

Bergin, A.E., Lambert, M.J. (1978). „The evaluation of therapeutic outcomes". În S.L. Garfield, A.E. Bergin (ed.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, ed. a II-a, 139-189. New York : Wiley.

Berlin, J., Erdmann, W. (1987). „Hypnosis in the treatment of classical migraine". *Pain, Supplement* (4), 580.

Berne, E. (1961). *Transactional Analysis in Psychotherapy*. New York : Grove Press.

Bernheim, H. (1886/1957). *Suggestive Therapeutics : A Treatise on the Nature and Uses of Hypnotism*. Westport : Associated Booksellers.

Bettelheim, B. (1991). *The Uses of Enchantment : The Meaning and Importance of Fairy Tales*. Harmondsworth : Penguin Books Ltd.

Bills, I.G. (1993). „The use of hypnosis in the management of dental phobia". *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 21(1), 13-18.

Black, P.H. (1994). „Immune system-central nervous system interactions : psychoneuro-endocrinology of stress and its immune consequences". *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*, 38, 7-12.

Bonneterre, J., Chevallier B., Metz, R. *et al.* (1990). „A randomised double-blind comparison of ondansetron and metoclopramide in the prophylaxis of emesis induced by cyclophosphamide, fluorouracile & doxorubicin or epirubicin chemotherapy". *Journal of Clinical Oncology*, 8, 1063-1069.

Braid, J. (1843). *Neurpnology : Or the Rationale of Nervous Sleep Considered in Relation With Animal Magnetism*. Londra : Churchill.

Braid, J. (1846). *The Power of the Mind Over the Body*. Londra : Churchill.

Braid, J. (1855/1970). *The physiology of fascination and critics criticised*. În M. Tinterow (ed.), *Foundation of Hypnosis*. Springfield, IL : Charles C. Thomas.

Brandon, D. (1976). *Zen in the Art of Helping*. Londra : Routledge & Kegan Paul Ltd.

Braun, B.G. (1984). „Uses of hypnosis with multiple personalities". *Psychiatric Annals*, 14, 34-40.

Brende, J.O. (1985). „The use of hypnosis in post-traumatic conditions". În W.E. Kelly (ed.), *Post-Traumatic Stress Disorder and the War Veteran*, 193-210. New York : Brunner/Mazel.

Bresler, D.E. (1990). „Meeting an inner advisor". În D.C. Hammond (ed.), *Handbook of Hypnotic Suggestions and Metaphors*, 318-320. New York : Norton.

Breuer, J., Freud, S. (1895/1955). „Studies on Hysteria". În J. Strachey (ed.), *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, vol. II. New York : W.W. Norton & Company.

Briere, J. (1992). *Child Abuse Trauma : Theory and Treatment of the Lasting Effects*. Newbury Park : Sage.

Brown, D.P., Fromm, E. (1987). *Hypnosis and Behavioral Medicine*. Londra : Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Brown, W. (1920). „The revival of emotional memories and its therapeutic value”. *British Journal of Medical Psychology*, 1, 16-19.

Brown, W. (1921). *Psychology and Psychotherapy*. Londra : Edward Arnold.

Budman, S.H., Gurman, A.S. (1988). *Theory and Practice of Brief Therapy*. Londra : Hutchinson.

Burte, J.M., Aroaz, D.L. (1994). „Cognitive hypnotherapy with sexual disorders”. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 8, 1-2.

Burte, J.M., Burte, W.D., Aroaz, D.L. (1994). „Hypnosis in the Treatment of Back Pain”. *The Australian Journal of Clinical Hypnotherapy and Hypnosis*, 15(2), 93-115.

Calnan, R.D. (1977). „Hypnotherapeutic ego-strengthening”. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 5, 105-118.

Cannon, W.B. (1932). *The Wisdom of the Body*. New York : Norton.

Cappell, H., Greeley, J. (1987). „Alcohol and tension reduction : An update on research and theory”. În H.T. Blane, K.E. Leonard (ed.), *Psychological Theories of Drinking and Alcoholism*, 15-54. New York : Guilford Press.

Cardeńa, E., Spiegel, D. (1993). „Dissociative reactions to the San Francisco Bay Area earthquake of 1989”. *American Journal of Psychiatry*, 150, 474-478.

Carey, M.P., Kalra, D.L., Carey, K.B., Halperin, S., Richard, C.S. (1993). „Stress and unaided smoking cessation : a prospective investigation”. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 61, 831-838.

Carich, P.A. (1986). „Contraindications to using hypnosis”. În B. Zilbergeld, M.G. Edelstein, D.L. Aroaz (ed.), *Hypnosis Questions and Answers*. New York : Norton.

Carle, E. (1974). *The Very Hungry Caterpillar*. Harmondsworth : Puffin Books (Penguin Books, Ltd.).

Carnes, P.J. (1991). *Don’t Call it Love : Recovery from Sexual Addiction*. New York : Bantam Books.

Carr, A. (1999). *The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology*. Londra : Routledge.

Castes, M., Hagel, I., Palenque, M., Canelones, P., Corano, A., Lynch, N. (1999). „Immunological changes associated with clinical improvement of asthmatic children subjected to psychosocial intervention”. *Brain & Behavioral Immunology*, 13(1), 1-13.

Charlton, R.S., Yalom, I.D. (1997). *Treating sexual disorders*. San Francisco : Jossey-Bass.

Chaves, J.F. (1993). „Hypnosis in pain management". În J.W. Rhue., S. Lynn, I. Kirsch (ed.), *Handbook of Clinical Hypnosis*. Washington, DC : American Psychological Association.

Chaves, J.F. (1994). „Recent advances in the application of hypnosis to pain management". *American Journal of Clinical Hypnosis*, 37(2), 117-129.

Cheek, D.B. (1961). „Possible uses of hypnosis in dermatology". *Medical Times*, 89, 76-82.

Cheek, D.B. (1976). „Short-term hypnotherapy for frigidity using exploration of early life attitudes". *American Journal of Clinical Hypnosis*, 19, 20-27.

Cheek, D.B. (1986). *Workshop on Ideomotor Approaches*. Newcastle Upon Tyne, Marea Britanie.

Cheek, D.B. (1994). *Hypnosis : The Application of Ideomotor Techniques*. Boston : Allyn & Bacon.

Cheek, D.B., LeCron, L.M. (1968). *Clinical Hypnotherapy*. New York : Grune & Stratton.

Cho, K. (2001). „Chronic «jet lag» produces temporal lobe atrophy and spatial cognitive deficits". *Nature Neuroscience*, 4, 567-568.

Choinière, M., Melzack, R., Rondeau, J., Girard, N., Paquin, M.J. (1989). „The pain of burns : characteristics and correlates". *Journal of Trauma*, 29, 1531-1539.

Chwalisz, K. (2003). „Evidence-based practice : A framework for twenty-first--century scientist-practitioner". *The Counselling Psychologist*, 13, 497-528.

Clarkson, P. (1998). „Supervision in counselling, psychotherapy and health : An intervention priority sequencing model". *European Journal of Psychotherapy, Counselling and Health*, 1(2), 195.

Clarkson, P. (2003). *The Therapeutic Relationship*, ed. a II-a. Londra : Whurr Publishers.

Clarkson, P. (ed.). (1996). *Counselling Psychology : Integrating Theory, Research and Supervised Practice*. Londra : Routledge.

Clarkson, P., Aviram, O. (1998). „Phenomenological research on supervision : Supervisors reflect on «being a supervisor»". În P. Clarkson (ed.), *Counselling Psychology : Integrating Theory, Research and Supervised Practice*, 273-299. Londra : Routledge.

Cohen, S., Doyle, W.J., Turner, R.B. (2003). „Emotional style and susceptibility to the common cold". *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 652-657.

Conner, M., Fitter, M., Fletcher, W. (1999). „Stress and snacking : A diary study of daily hassles and between-meal snacking". *Psychology and Health*, 14, 51-63.

Cooper, A. (ed.). (2002). *Sex and the Internet : A Guidebook for Clinicians*. Florence, KY: Brunner-Routledge.

Cooper, P., Cruickshanks, P., Miller, V., Whorwell, P.J. (2003). „Gut-focussed hypnotherapy normalises disordered rectal sensitivity in patients with irritable bowel syndrome”. *Alimentary Pharmacological Therapy*, 17(5), 635-642.

Cornwell, J., Burrows, G.D., McMurray, N. (1981). „Comparison of single and multiple sessions of hypnosis in the treatment of smoking behaviour”. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 9, 61-76.

Cotanch, P., Hockenberry, M., Herman, S. (1985). „Self-hypnosis as anti-emetic therapy in children receiving chemotherapy”. *Oncology Nursing Forum*, 12, 41-46.

Covino, N.A., Jimerson, D.C., Wolfe, B.E., Franko, D.L., Frankel, E.H. (1994). „Hypnotizability, dissociation and bulimia nervosa”. *Journal of Abnormal Psychology*, 42, 204-231.

Cox, S., de Lusignan, S., Chan, T. (2004). „General practitioners believe that hypnotherapy could be a useful treatment for irritable bowel syndrome in primary care”. *BMC Family Practice*, 5(1), 22.

Crasilneck, H.B. (1979). „The use of hypnosis in the treatment of psychogenic impotency”. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 2, 147-153.

Crasilneck, H.B. (1982). „A follow-up study in the use of hypnotherapy in the treatment of psychogenic impotency”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 25(1), 52-61.

Crasilneck, H.B., Hall, J.A. (1985). *Clinical Hypnosis : Principles & Applications*. Orlando : Grune & Stratton.

Crowley, R., Mills, J. (1986). „The nature and construction of therapeutic metaphors for children”. *British Journal of Experimental and Clinical Hypnosis*, 3(2), 69-76.

Cyna, A., McAuliffe, G., Andrew, M. (2004). „Hypnosis for pain relief in labour and childbirth : a systematic review”. *British Journal of Anaesthesia*, 93, 505-511.

Damasio, A. (1994). *Descartes' Error : Emotion, Reason, and the Human Brain*. Oxford : Oxford University Press.

Daud, L., Garralda, M.E., David, T.J. (1993). „Psychosocial adjustment in pre-school children with atopic eczema”. *Archives of Diseases in Childhood*, 69, 670-676.

Davanloo, H. (1978). *Basic Principles and Techniques in Short-Term Psychodynamic Psychotherapy*. New York : Spectrum.

Davanloo, H. (1980). „A method of short-term psychodynamic therapy”. În H. Davanloo (ed.), *Short-Term Dynamic Psychotherapy*. New York : Jason Aronson.

Davidson, G.P., Garbett, N.D., Tozer, S.G. (1982). „An investigation into audiotaped self-hypnosis training in pregnancy and labour”. În D. Waxman, P.C. Misra, M. Gibson, M.A. Basker (ed.), *Modern Trends in Hypnosis*. New York : Plenum.

Davidson, P. (1987). „Hypnosis and migraine headache : reporting a clinical series”. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 15, 111-118.

Davies, P., Morgan, D. (1997). „Hypnosis with Children”. *European Journal of Clinical Hypnosis*, 4(2), 87-92.

De Benedittis, G. (1999). „Hypnotically induced dreams : Rationale and techniques”. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 27(2), 42-49.

Degun, M.D., Degun, G. (1982). „The use of hypnosis in the treatment of psychosexual disorders : with case illustrations of vaginismus”. *Bulletin of the British Society of Experimental and Clinical Hypnosis*, 1(5), 31-36.

Degun, M.D., Degun, G. (1988). „The use of hypnotic dream suggestion in psychotherapy”. În M. Heap (ed.), *Hypnosis : Current Clinical, Experimental, and Forensic Approaches*. Londra : Croom Helm.

Degun-Mather, M. (1995). „Group therapy and hypnosis for the treatment of bulimia nervosa”. *Contemporary Hypnosis*, 12(2), 69-73.

Degun-Mather, M. (1997). „The use of hypnosis in the treatment of post-traumatic stress disorder in a survivor of childhood abuse”. *Contemporary Hypnosis*, 14, 100-104.

Degun-Mather, M. (2001). „The value of hypnosis in the treatment of chronic PTSD with dissociative fugues in a war veteran”. *Contemporary Hypnosis*, 18(1), 4-13.

Degun-Mather, M. (2003). „Ego-State Therapy in the treatment of a complex eating disorder”. *Contemporary Hypnosis*, 20(3), 165-173.

Denzin, N.K., Lincoln, Y.S. (1994). *Handbook of Qualitative Research*. Londra : Sage.

DeShazer, S. (1985). *Keys To Solution in Brief Therapy*. New York : Norton.

DeShazer, S. (1988). *Clues : Investigating Solutions in Brief Therapy*. New York : Norton.

Dhabhar, F., Satoskar, A., Bluethmann, H., David, J., McEwen, B. (2000). „Stress-induced enhancement of skin immune function : A role for gamma interferon”. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 96, 1059-1064.

Diamond, M.J. (1974). „Modification of hypnotizability : A review”. *Psychological Bulletin*, 81, 180-198.
Diamond, M.J. (1977). „Hypnotizability is modifiable : An alternative approach”. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 25, 147-166.
Dimond, R.E. (1981). „Hypnotic treatment of a kidney dialysis patient”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 23, 284-288.
Drummond, F.E. (1981). „Hypnosis in the treatment of headache : a review of the last 10 years”. *Journal of the American Society of Psychosomatic Dentistry and Medicine*, 28(3), 87-101.
Duncan, R.D., Saunders, B.E., Kilpatrick, D.G., Hanson, R.F., Resnick, H.S. (1996). „Childhood physical assault as a risk factor for PTSD, depression, and substance abuse : Findings from a national survey”. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66, 437-448.
Dunn, K.M., Cherkas, L.F, Spector, T.M. (2005). „Genetic influences on variation in female orgasmic function : a twin study”. *Biology Letters*, iunie.
Dwivedi, K.N. (ed.). (2000). *Post Traumatic Stress Disorder in Children and Adolescents*. Londra : Whurr Publishers Ltd.
Edgette, J.H., Edgette, J.S. (1995). *Handbook of Hypnotic Phenomena in Psychotherapy*. New York : Brunner/Mazel.
Edmond, T., McCarty, D. (2004). „Sexual abuse survivors’ perceptions of the effectiveness of EMDR and eclectic therapy”. *Research in Social Work Practice*, 14(4), 259-272.
Edmonston, W.E. (1981). *Hypnosis and Relaxation : Modern Verification of An Old Equation*. New York : John Wiley & Sons.
Edser, S.J. (2002). „Hypnotically-facilitated counter-conditioning of anticipatory nausea and vomiting associated with chemotherapy”. *Australian Journal of Clinical Hypnotherapy and Hypnosis*, 23(1), 18-30.
Elkins, G., Carter, B. (1981). „Use of science fiction-based imagery technique in child hypnosis”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 23, 274-277.
Ellenberger, H.F. (1970). *The discovery of the unconscious : The history and evolution of dynamic psychiatry*. New York : Basic Books.
Elton, D., Stanley, G., Burrows, G. (1983). *Psychological Control of Pain*. Sydney : Grune & Stratton.
Elvira, V. (2000). „Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical procedures : a randomised trial”. *The Lancet*, 355(9214), 1486-1490.
Engels, F. (1939). *Anti-Dühring*. New York : International Publishers.
Engels, G.L. (1971). „Sudden and rapid death during psychological stress”. *Annals of Internal Medicine*, 74, 771.

Epstein, S.J., Deyoub, P.L. (1983). „Hypnotherapeutic control of exhibitionism : A brief communication”. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 31(2), 63-66.
Erickson, M.H. (1932). „Possible detrimental effects of Experimental Hypnosis”. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 37, 321-327.
Erickson, M.H. (1934). „A brief survey of hypnotism”. *Medical Record*, 5 decembrie.
Erickson, M.H. (1950). *Hypnosis in obstetrics : Utilizing experiential learnings* şCDţ. Milton H. Erickson Foundation Press ş2001ţ.
Erickson, M.H. (1952a). „Deep hypnosis and its induction”. În L.M. LeCron (ed.), *Experimental Hypnosis*. New York : Macmillan.
Erickson, M.H. (1952b/1980). „Deep hypnosis and its induction”. În E. Rossi (ed.), *The Collected Papers of Milton H. Erickson on Hypnosis*, vol. 1. New York : Irvington.
Erickson, M.H. (1952c). *A therapeutic double bind utilizing resistance : Milton H. Erickson : Complete Works* şCDţ. Milton H. Erickson Foundation Press ş2001ţ.
Erickson, M.H. (1954). „Pseudo-orientation in time as a hypnotherapeutic procedure”. *Journal of Experimental and Clinical Hypnosis*, 2, 261-283.
Erickson, M.H. (1956). „Reorganization of unconscious thinking without conscious awareness : Two cases with intellectualized resistance against hypnosis”. *Milton H. Erickson : Complete Works* şCDţ. Milton H. Erickson Foundation Press ş2001ţ.
Erickson, M.H. (1958). „Naturalistic Techniques of Hypnosis”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 1, 3-8.
Erickson, M.H. (1958). „Pediatric hypnotherapy”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 1, 25-29.
Erickson, M.H. (1959). „Further clinical techniques of hypnosis : utilization techniques”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 2, 3-21.
Erickson, M.H. (1960). „Utilization of patient behavior in the hypnotherapy of obesity : Three case reports”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 3, 112-116.
Erickson, M.H. (1962). *Milton H. Erickson : Complete Works* şCDţ. Phoenix : Milton H. Erickson Foundation.
Erickson, M.H. (1964). „Pantomime techniques in hypnosis and the implications”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 7, 64-70.
Erickson, M.H. (1964). „The «Surprise» and «My-Friend-John» techniques of hypnosis : minimal cues and natural field experimentation”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 6, aprilie, 293-307.

Erickson, M.H. (1965). „Use of symptoms as an integral part of hypnotherapy". *American Journal of Clinical Hypnosis*, 8, 57-65.
Erickson, M.H. (1966). „The interspersal hypnotic technique for symptom correction and pain control". *American Journal of Clinical Hypnosis*, 8, 198-209.
Erickson, M.H. (1973). „Psychotherapy achieved by a reversal of the neurotic processes in a case of ejaculatio praecox". *American Journal of Clinical Hypnosis*, 15, 217-222.
Erickson, M.H. (1977). „Hypnotic approaches to therapy". *American Journal of Clinical Hypnosis*, 20(1), 20-35.
Erickson, M.H., Kubie, L.S. (1941). „The successful treatment of a case of acute hysterical depression by a return under hypnosis to a critical phase of childhood". *Psychoanalytic Quarterly*, 10, 583-609.
Erickson, M.H., Rossi, E. (1953). „Impotence : Facilitating unconscious reconditioning". *Milton H. Erickson : Complete Works* şCDţ. Milton H. Erickson Foundation Press ş2001ţ.
Erickson, M.H., Rossi, E. (1975). „Varieties of double bind". *American Journal of Clinical Hypnosis*, 17, 143-157.
Erickson, M.H., Rossi, E. (1976a). „Two-level communication and the microdynamics of trance and suggestion". *American Journal of Clinical Hypnosis*, 18, 153-171.
Erickson, M.H., Rossi, E. (1976b). „Indirect forms of suggestion". *Milton H. Erickson : Complete Works* şCDţ. Milton H. Erickson Foundation Press ş2001ţ.
Erickson, M.H., Rossi, E. (1989). *The February Man : Evolving consciousness and identity in hypnotherapy*. New York : Brunner/Mazel.
Erickson, M.H., Rossi, E.L. (1979). *Hypnotherapy : An Exploratory Casebook*. New York : Irvington.
Erickson, M.H., Rossi, E.L., Rossi, S.I. (1976). *Hypnotic Realities*. New York : Irvington.
Erikson, E. (1950). *Childhood and Society*. New York : Norton.
Evans, B.J., Coman, G.J., Burrows, G.D. (ed.). (1997). *Hypnosis for Weight Management and Eating Disorders : A Clinical Handbook*. Heidelberg, Australia : Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis.
Evans, C., Richardson, P.H. (1988). „Improved recovery and reduced postoperative stay after therapeutic suggestions during general anesthesia". *Lancet*, 2, 491-493.
Evans, F.J. (1994). „Hypnosis and pain control". *American Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 18(1), 21-33.

Everill, J.T., Waller, G. (1995). „Dissociation and bulimia : Research and theory”. *European Eating Disorders Review*, 3, 129-147.

Ewin, D.M. (1979). „Hypnosis in burn therapy”. În G.D. Burrows, D.R. Collison, L. Dennerstein (ed.), *Handbook of Hypnosis and Psychosomatic Medicine*, 269-275. New York : Elsevier Press.

Ewin, D.M. (1992). „Hypnotherapy for warts (Verruca Vulgaris) : 41 consecutive cases with 33 cures”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 35, 1-10.

Fabbri, R. (1976). „Hypnosis and behavior therapy : A coordinated approach to the treatment of sexual disorders”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 19, 4-8.

Faria, J.C. de Abbe. (1906). *De la cause de sommeil lucide : ou étude sur la nature de l'homme*. În D.C. Delgado (ed.). Paris : Henri Jouvet.

Federn, P. (1952). *Ego Psychology and the Psychoses*. New York : Basic Books.

Fellows, B.J. (1988). „The use of hypnotic susceptibility scales”. În M.J. Heap (ed.), *Hypnosis : Current Clinical, Experimental and Forensic Practices*. Londra : Croom Helm.

Ferber, R., Kryger, M. (1995). *Principles and Practice of Sleep Medicine in the Child*. Philadelphia, PA : Saunders.

Foa, E.B., Davidson, J.R.T., Frances, A. (1999). „The Expert Consensus Guideline Series : Treatment of Posttraumatic Stress Disorder”. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, supliment 16.

Foa, E.B., Keane, T.M., Friedman, M.J. (ed.). (2000). *Effective Treatments for PTSD : Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*.

Foa, E.B., Rothbaum, B.O., Molnar, C. (1995). „Cognitive-behavioral therapy of post-traumatic stress disorder”. În M.J. Friedman, D.S. Charney, A.Y. Deutch (ed.), *Neurobiological and Clinical Consequences of Stress : From Normal Adaptation To Post-Traumatic Stress Disorder*. Philadelphia : Lippincott-Raven.

Folks, D.G., Kinney, F.C. (1992). „The role of psychological factors in dermatologic conditions”. *Psychosomatics*, 33, 45-54.

Ford, R. (1995). „Hypnotic treatment of a sleeping problem in an 11-year-old boy”. *Contemporary Hypnosis*, 12(3), 201-206.

Fowler-Kerry, S. (1990). *Adolescent oncology survivors' recollection of pain*, lucrare prezentată la First International Pain Symposium, Seattle, Washington.

Frank, J.D. (1973). *Persuasion and Healing*, ed. a II-a. Baltimore : John Hopkins University Press.

Frank, R.G., Umlauf, R.L., Wonderlich, S.A., Ashkanazi, G.S. (1986). „Hypnosis and behaviour treatment in a worksite cessation program”. *Addictive Behaviors*, 11, 59-62.
Frederick, C., Phillips, M. (1992). „The use of hypnotic age progressions as interventions with acute psychosomatic conditions”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 35, 89-98.
Fredericks, L.E. (2001). *The Use of Hypnosis in Surgery: Psychological Preparation of the Surgical Patient*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
Frenay, M.C., Faymonville, M.E., Devlieger, S., Albert, A., Vanderkelen, A. (2001). „Psychological approaches during dressing changes of burned patients: a prospective randomized study comparing hypnosis against stress reducing strategy”. *Burns*, 27, 793-799.
Freud, S. (1900/1976). *The Interpretation of Dreams*. Harmondsworth, Middlesex: Pelican Books.
Freud, S. (1923). *The Ego and the Id*. New York: Norton.
Friedman, H., Taub, H.A. (1985). „Extended follow-up study of the effects of brief psychological procedures in migraine therapy”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 28, 27-33.
Friedman, M., Thoresen, C., Gill, J. (1986). „Alteration of Type A behavior and its effects on cardiac reoccurrences in post myocardial infarction patients: Summary results of the recurrent coronary prevention project”. *American Heart Journal*, 112, 653-665.
Fromm, E. (1956). *The Art of Loving*. New York: Harper & Row.
Gandhi, B., Oakley, D.A. (2005). „Does «hypnosis» by any other name smell as sweet? The efficacy of «hypnotic» inductions depends on the label «hypnosis». *Consciousness and Cognition*.
Gannon, J.P. (1993). „False memory syndrome: How do we come to know what is true?”. *San Francisco Psychologist*, iulie, 5-7.
Gardner, G.G. (1976). „Hypnosis and mastery: Clinical contributions and directions for research”. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 24, 202-214.
Gardner, G.G. (1990). „Helping Parents see Specific Advantages in Child Hypnotherapy”. În D.C. Hammond (ed.), *Handbook of Hypnotic Suggestions and Metaphors*, 477-480. New York: W.W. Norton & Company.
Gardner, G.G., Olness, K., Kohen, D. (1996). *Hypnosis and Hypnotherapy with Children*. New York: Guilford Press.
Gauld, A. (1992). *A History of Hypnotism*. Cambridge: Cambridge University Press.

Genius, M.L. (1995). „The use of hypnosis in helping cancer patients control anxiety, pain, and emesis : A review of recent empirical studies”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 37(4), 316-325.

German, E. (2004). „Hypnotic preparation of a mother-to-be”. *Australian Journal of Clinical & Experimental Hypnosis*, 32 (2), 157-169.

Gibson, H.B. (ed.). (1994). *Psychology, Pain and Anaesthesia*. Londra : Chapman & Hall.

Gibson, H.B., Heap, M. (1991). *Hypnosis in Therapy*. Hove : Lawrence Erlbaum.

Gilligan, S. (1987). *Therapeutic Trances : The Cooperation Principle in Ericksonian Hypnotherapy*. New York : Brunner/Mazel.

Glaser, B.G., Strauss, A.L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory Strategies for Qualitative Research*. New York : Aldine.

Glaser, R., Kennedy, S., Lafuse, W., Bonneau, R., Speicher, C., Hillhouse, J., Kiecolt-Glaser, J.K. (1990). „Psychological stress-induced modulation of interleukin 2 receptor gene expression and interleukin gene 2 production in peripheral blood leukocytes”. *Archives of General Psychiatry*, 47, 707-712.

Glaser, R., Lafuse, W., Bonneau, R., Atkinson, C., Kiecolt-Glaser, J.K. (1993). „Stress-associated modulation of proto-oncogene expression in peripheral blood leukocytes”. *Behavioral Neuroscience*, 107, 525-529.

Golden, L. (1999). „Hypnosis in obstetrics and gynecology”. În R. Temes (ed.), *Medical Hypnosis : An Introduction and Clinical Guide*, 65-78. Philadelphia : Churchill Livingstone.

Golden, W. L., Dowd, E.T., Friedberg, F. (1987). *Hypnotherapy : A Modern Approach*. Boston : Allyn & Bacon.

Goldstein, R.H. (2005). „Successful repeated hypnotic treatment of warts in the same individual”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, aprilie.

Gonsalkorale, W.M., Houghton, L.A., Whorwell, P.J. (2002). „Hypnotherapy in irritable bowel syndrome : A large scale audit of a clinical service with an examination of factors influencing responsiveness”. *American Journal of Gastroenterology*, 97(4), 954-961.

Gonsalkorale, W.M., Miller, V., Afzal, A., Whorwell, P.J. (2003). „Long term benefits of hypnotherapy for irritable bowel syndrome”. *Gut*, 52(11), 1623-1629.

Gorassini, D.R., Spanos, N.P. (1999). „The Carleton Skill Training Program for Modifying Hypnotic Suggestibility : Original Version and Variations”. În I. Kirsch. A. Capafons, E. Cardeńa-Buelna, S. Amigo (ed.), *Clinical Hypnosis and Self-Regulation*. Washington, DC : American Psychological Association.

Gottheil, E. (ed.). (1987). *Stress and Addiction*. New York : Brunner/Mazel.

Gow, M. (2002). „Treating dental needle phobia using hypnosis”. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 30(2), 198-202.

Gravitz, M.A., Page, R.A. (2002). „Hypnosis in the management of stress reactions”. În G.S. Everly, J.M. Lating (ed.), *A Clinical Guide to the Treatment of the Human Stress Response*, 241-252. New York : Kluwer/Plenum.

Green, J.P. (1996). „Cognitive behavioral hypnotherapy for smoking cessation : A case study in a group setting”. În S.J. Lynn, I. Kirsch, J.W. Rhue (ed.), *Casebook of Clinical Hypnosis*. Washington, DC : American Psychological Association.

Green, J.P. (1999). „Hypnosis and the treatment of smoking cessation and weight loss”. În I. Kirsch, A. Capafons, E. Cardeńa-Buelna, S. Amigo (ed.), *Clinical Hypnosis and Self-Regulation*. Washington, DC : American Psychological Association.

Green, W.A. (1966). „The psychosocial setting of the development of leukemia and lymphoma”. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 125, 794-801.

Greenberg, L.S. (1991). „Research on the process of change”. *Psychotherapy Research*, 1, 3-16.

Greene, B.R., Blanchard, E.B., Wan, C.K. (1994). „Long-term monitoring of psychosocial stress and symptomatology in inflammatory bowel disease”. *Behavior Research & Therapy*, 32, 217-226.

Greenleaf, E. (1969). „Developmental-stage regression through hypnosis”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 12(1), 20-26.

Greenleaf, E. (1990). „Suggestions to Facilitate Revivification”. În D.C. Hammond (ed.), *Handbook of Hypnotic Suggestions & Metaphors*. New York : W.W. Norton & Company.

Greenson, R.R. (1967). *The Theory and Technique of Psychoanalysis*. New York : International Universities Press.

Greer, S., Morris, T. (1975). „Psychological attributes of women who develop breast cancer”. *Journal of Psychosomatic Research*, 19, 147-153.

Grof, S. (1976). *Realms of the Human Unconscious : Observations from LSD Research*. New York : E.P. Dutton & Co., Inc.

Grof, S. (1988). *The Adventure of Self-Discovery*. New York : State University of New York Press.

Gross, J., Levenson, R.W. (1997). „Hiding feelings : The acute effects of inhibiting negative and positive emotion”. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 95-103.

Grossarth-Maticek, R., Eysenck, H.J., Vetter, H., Frentzel-Beyme, R. (1986). „The Heidelberg Prospective Intervention Study”. În W.J.

Eylenbasch, A.M. Depoorter, N. van Larbeke (ed.), *Primary Prevention of Cancer*, 199-212. New York : Raven Press.
Gruzelier, J. (2002). „A review of the impact of hypnosis, relaxation, guided imagery and individual differences on aspects of immunity and health”. *Stress*, 5, 147-163.
Gruzelier, J. (2002). „Self-hypnosis and immune function, health, wellbeing and personality”. *Hypnos : Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 29, 186-191.
Gruzelier, J., Levy, J., Williams, J., Henderson, D. (2001). „Self-hypnosis and exam stress : comparing immune and relaxation-related imagery for influences on immunity, health and mood”. *Contemporary Hypnosis*, 18(2), 73-86.
Guevara, E. (2008). *Jurnal pe motocicletă*, trad. de Ana Chiriţoiu şi Gruia Dragomir. Iaşi : Polirom.
Haley, J. (1973). *Uncommon Therapy : The Psychiatric Techniques of Milton H. Erickson, M.D.* New York : Norton.
Haley, J. (1976). *Problem-solving Therapy*. San Francisco : Jossey-Bass.
Hall, J. (2001). „Cellular imaging of zif-268 expression in the hippocampus and amygdala during contextual and cued fear memory retrieval : Selective of hippocampal CA1 neurons during the recall of contextual memories”. *Journal of Neuroscience*, 21, 2186-2193.
Halmos, P. (1978). *The Personal and the Political*. Londra : Hutchinson & Co.
Hammond, D.C. (1984). „Hypnosis in marital and sex therapy”. În R.F. Stahmann, W.J. Hiebert (ed.), *Counseling in Marital & Sexual Problems*, 115-130. Lexington, Mass : Lexington Books.
Hammond, D.C. (1985). „Treatment of inhibited sexual desire”. În J. Zeig (ed.), *Ericksonian Psychotherapy*, vol. II : *Clinical Applications*, 415-428. New York : Brunner/Mazel.
Hammond, D.C. (1990). „Hypnotherapy with sexual dysfunctions : The Master Control Room Technique”. În D.C. Hammond (ed.), *Handbook of Hypnotic Suggestions and Metaphors*, 354. Londra : W.W. Norton & Company.
Hammond, D.C. (ed.). (1990a). *Handbook of Hypnotic Suggestions and Metaphors*, Londra : W.W. Norton & Company.
Hanson, M. (2004). „Over and out”. *The Guardian*, 8-9, 7 august.
Hart, B.B., Alden, P.A. (1994). „Hypnotic techniques in the control of pain”. În H.B. Gibson (ed.), *Psychology, Pain and Anaethesia*. Londra : Chapman & Hall.
Hart, C., Hart, B. (1996). „The use of hypnosis with children and adolescents”. *The Psychologist*, 9(11), 506-509.

Hart, C., Hart, B. (1998). „Discussion Commentary : Hypnosis in the alleviation of procedure related pain and distress in paediatric oncology patients”. *Contemporary Hypnosis*, 15(4), 208-211.

Hartland, J. (1971). *Medical and Dental Hypnosis & Its Clinical Applications*. Eastbourne : Bailliere Tindall.

Hartland, J. (1989). *Medical and Dental Hypnosis*. Londra : Balliere Tindall.

Harvey, A.G., Bryant, R.A., Tarrier, N. (2003). „Cognitive behavior therapy for posttraumatic stress disorder”. *Clinical Psychology Review*, 23(3), 501-522.

Harvey, R.F., Hinton, R.A., Gunary, R.M., Barry, R.E. (1989). „Individual and group hypnotherapy in treatment of refractory irritable bowel syndrome”. *Lancet*, februarie, 1(8635), 424-425.

Hawkins, P.J. (1986). *Catharsis in psychotherapy*, teză de doctorat nepublicată. University of Durham, Anglia.

Hawkins, P.J. (1990). *The use of hypnosis in the treatment of bulimia*, lucrare prezentată la Seventh Annual Conference of the British Society of Experimental & Clinical Hypnosis, Sheffield.

Hawkins, P.J. (1994a). „Is this the renaissance of clinical hypnosis ? ”. *European Journal of Clinical Hypnosis*, 1(2), 4-6.

Hawkins, P.J. (1994b). „Caring for carers”. În M. Kaila, N. Polemikos, G. Filippou (ed.), *People With Special Needs*. Atena : Ellinika Grammata.

Hawkins, P.J. (1994c). „Ideodynamic signalling in psychodynamic psychotherapy”. *European Journal of Clinical Hypnosis*, 2(1), 41-44.

Hawkins, P.J. (1994d). „Hypnosis in family therapy”. *European Journal of Clinical Hypnosis*, 1(3), 1-7.

Hawkins, P.J. (1995). „Catharsis in counselling psychology”. *Counselling Psychology Review*, 10(2), 11-17.

Hawkins, P.J. (1996). „Hypnosis in sex therapy”. *European Journal of Clinical Hypnosis*, 3(2), 2-8.

Hawkins, P.J. (1997a). „Psychodynamic psychotherapy”. În P.J. Hawkins, J.N. Nestoros (ed.), *Psychotherapy : New Perspectives on Theory, Practice and Research*, 97-129. Atena : Ellinika Grammata.

Hawkins, P.J. (1997b). „Clinical hypnosis strategies in the treatment of sexual dysfunction”. În C. Simonelli, F. Petruccelli, V. Vizzari (ed.), *Sessualita e Terzo Millennio : Studi e richerche in sessuologia clinica*, vol. 1, 347-361. Milano : Franco Angeli.

Hawkins, P.J. (1997c). „Clinical hypnosis”. În P.J. Hawkins, J.N. Nestoros (ed.), *Psychotherapy : New Perspectives on Theory, Practice and Research*, 197-241. Atena : Ellinika Grammata.

Hawkins, P.J. (2006). „Hypnoanalysis : An integration of clinical hypnosis and psychodynamic therapy”. În E. O’Leary, M. Murphy (ed.), *New Approaches to Integration in Psychotherapy*. Londra : Brunner-Routledge.

Hawkins, P.J., Liossi, C., Ewart, B.E., Hatira, P., Kosmidis, V.H., Varvutsi, M. (1995). „Hypnotherapy for control of anticipatory nausea and vomiting in children with cancer : preliminary findings”. *Psycho-Oncology*, 4, 101-106.

Hawkins, P.J., Liossi, C., Hatira, P., Ewart, B.E., Kosmidis, V.H. (1998). „Hypnosis in the alleviation of procedure related pain and distress in paediatric cancer patients”. *Contemporary Hypnosis*, 15(4), 199-207.

Hawkins, P.J., Nestoros, J.N. (ed.). (1997). *Psychotherapy : New Perspectives on Theory, Practice and Research*. Atena : Ellinika Grammata.

Hawkins, P.J., Polemikos, N. (2002). „Hypnosis treatment of sleeping problems in children experiencing loss”. *Contemporary Hypnosis*, 19(1), 18-24.

Heap, M., Aravind, K.K. (2001). *Hartland’s Medical and Dental Hypnosis*. Edinburgh : Churchill Livingstone.

Heap, M., Brown, R.J., Oakley, D.A. (2004). „High hypnotizability : Key issues”. În M. Heap, R.J. Brown, D.A. Oakley (ed.), *The Highly Hypnotizable Person : Theoretical, Experimental and Clinical Issues*, 5-29. Londra : Brunner-Routledge.

Hearne, K.M.T. (1993). „Hypnosis in the conversion of nightmares to lucid dreams”. *European Journal of Clinical Hypnosis*, 1(1), 12-17.

Henwood, K., Nicolson, P. (1995). „Qualitative research”. *The Psychologist*, 8(3), 109-110.

Henwood, K., Pidgeon, N. (1995). „Grounded theory and psychological research”. *The Psychologist*, 8(3), 115-121.

Herman, J.L., Schatzow, E. (1987). „Recovery and verification of memories of childhood sexual trauma”. *Psychoanalytic Psychology*, 4, 1-14.

Herold, D.M., Conlon, E.J. (1981). „Work factors as potential causal agents of alcohol abuse”. *Journal of Drug Issues*, 11, 337-356.

Heron, J. (1971). *Experience and Method*. Guildford : University of Surrey.

Heron, J. (1992). *Feeling and Personhood : Psychology in another key*. Londra : Sage.

Heron, J. (1996). *Co-Operative Inquiry : Research into the Human Condition*. Londra : Sage.

Heron, J. (1998). *Catharsis in Human Development* (Rev.). Disponibil online la www.human-inquiry.com/catharsi.htm.

Heron, J. (1998). *Co-Counselling Manual* (Rev). Disponibil online la http ://www.shef.ac.uk/personal/c/cci/cciuk/resources/manuals.html.

Heron, J. (2001). *Helping the Client : A Creative Practical Guide*, ed. a V-a. Londra : Sage.
Heron, J., Reason, P. (1997). „A participatory inquiry paradigm". *Qualitative Inquiry*, 3(3), 274-294.
Hilgard, E.R. (1982). „Hypnotic susceptibility and implications for measurement". *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 33, 394-403.
Hilgard, E.R., Hilgard, J.R. (1994). *Hypnosis in the Relief of Pain*, ed. rev. Los Altos, CA : William Kaufman.
Hilgard, J.R., Le Baron, S. (1984a). *Hypnotherapy of Children With Pain*. Los Altos, CA : William Kaufman.
Hilgard, J.R., LeBaron, S. (1982). „Relief of anxiety and pain in children and adolescents with cancer : Quantitative measures and clinical observations". *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 30, 417-442.
Hilgard, J.R., LeBaron, S. (1984b). *Hypnotherapy of Pain in Children with Cancer*. Los Altos, CA : William Kaufmann.
Hilliard, R.B. (1993). „Single-case methodology in psychotherapy process and outcome research". *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 61(3), 373-380.
Hoareau, J. (1998). „Hypnosis in France". În P.J. Hawkins, M. Heap (ed.), *Hypnosis in Europe*. Londra : Whurr Publishers Ltd.
Hollander, E., Simeon, D., Gorman, J.M. (1994). „Anxiety disorders". În R.E. Hales, S.C. Yudofsky, J.A. Talbott (ed.), *Textbook of Psychiatry*, ed. a II-a. Washington, DC : American Psychiatric Press, Inc.
Holmes, E.A., Brown, R.J., Mansell, W., Pasco Fearon, R., Hunter, E.C.M., Frasquilho, F., Oakley, D.A. (2005). „Are there two qualitatively distinct forms of dissociation ? A review and some clinical implications". *Clinical Psychology Review*, 25, 1-23.
Holmes, T.H., Rahe, R.H. (1967). „The social readjustment rating scale". *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
House of Lords Select Committee. (2000). *Select Committee on Science and Technology : Sixth Report*, 21 noiembrie.
Howsam, D.G. (1999). „Hypnosis in the treatment of insomnia, nightmares, and night terrors". *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 27(1), 32-39.
Hull, C. (1933/1968). *Hypnosis and Suggestibility*. New York : Appleton--Century-Crofts.
Humphries, A. (1988). „Applications of hypnosis to anxiety control". În M. Heap (ed.), *Hypnosis : Current Clinical, Experimental and Forensic Practices*. Londra : Croom Helm.

Illich, I. (1975). *Medical Nemesis*. Londra : Calder Boyars.
Irons, R., Schneider, J.P. (1997). „Addictive sexual disorders”. În N.S. Miller (ed.), *Principles and Practice of Addictions in Psychiatry*, 441-457. Philadelphia : Saunders.
Jack, M.M. (1999). „The use of hypnosis for a patient with chronic pain”. *Contemporary Hypnosis*, 16(4), 231-237.
Jacobs, E., Pelier, E., Larkin, D. (1998). „Ericksonian hypnosis and approaches with pediatric hematology oncology patients”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 41(2), 139-154.
Jaffe, D.T., Bresler, D.E. (1980). „The use of guided imagery as an adjunct to medical diagnosis and treatment”. *Journal of Humanistic Psychology*, 20(4), 45-59.
Janet, P. (1907). *The Major Symptoms of Hysteria*. New York : Macmillan.
Janov, A. (1973). *The Primal Scream*. Londra : Sphere.
Jencks, B. (1984). „Using the patient’s breathing rhythm”. În W.C. Wester, A.H. Smith (ed.), *Clinical hypnosis : A Multidisciplinary Approach*, 29-41. Philadelphia : Lippincott.
Jenkins, M.W., Pritchard, M.H. (1993). „Hypnosis : practical applications and theoretical considerations in normal labour”. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 100, 221-226.
Johnson, J.H. (1986). *Life Events as Stressors in Childhood and Adolescence*. Newbury Park, CA : Sage.
Johnson, V.C., Walker, L.G., Heys, S.D., Whiting, P.H., Eremin, O. (1996). „Can relaxation training and hypnotherapy modify the immune response to stress, and is hypnotizability relevant ?”. *Contemporary Hypnosis*, 13(2), 100-108.
Jung, C. (1902/1957). *Psychiatric Studies*, vol. I. Princeton, NJ : Princeton University Press.
Jung, C. (1943/1966). *The synthetic or constructive method* (R. Hull, *The Collected Works of Jung*, vol. 7). New York : Pantheon Books.
Jung, C. (1954). „The Practical Use of Dream Analysis”. În H. Read, M. Fordham, G. Adler (ed.), *Jung, Carl G. : Collected Works*, vol. 16, 149. Princeton, NJ : Princeton University Press.
Jung, C.G. (1969). „A review of the complex theory”. *Collected Works : The structure and dynamics of the psyche*, vol. 8. Princeton, NJ : Princeton University Press.
Kanner, A.D., Coyne, J.C., Schaefer, C., Lazarus, R.S. (1981). „Comparison of two modes of stress measurement : Daily hassles and uplifts versus major life events”. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 1-39.

Kaplan, H.S. (1974). *The New Sex Therapy : Active Treatment of Sexual Dysfunctions*. New York : Brunner/Mazel.

Kaplan, H.S. (1979). *Disorders of Sexual Desire and Other New Concepts and Techniques in Sex Therapy*. New York : Brunner/Mazel.

Kaplan, H.S. (1988). *The Illustrated Manual of Sex Therapy*, ed. a II-a. New York : Brunner-Routledge.

Kaplan, H.S. (1995). *Sexual Desire Disorders : Dysfunctional Regulation of Sexual Motivation*. New York : Brunner/Mazel.

Karasek, R., Theorell, T. (1990). *Healthy Work, Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*. New York : Basic Books.

Karle, H., Boys, J.H. (1987). *Hypnotherapy : A Practical Handbook*. Londra : Free Association Books.

Karle, H.W.A. (1988). „Hypnosis in the management of tinnitus". În M. Heap (ed.), *Hypnosis : Current Clinical, Experimental and Forensic Practices*. Londra : Croom-Helm.

Katz, E.R., Kellerman, J., Ellenberg, L. (1987). „Hypnosis in the reduction of acute pain and distress in children with cancer". *Journal of Pediatric Psychology*, 12(3), 379-394.

Katz, N.W. (1979). „Comparative efficacy of behavioural training, training plus relaxation, and sleep/trance hypnotic induction in increasing hypnotic susceptibility". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 119-127.

Kaufer, D., Friedman, A., Seidman, S., Soreq, H. (1998). „Acute stress facilitates long-lasting changes in cholinergic gene expression". *Nature*, 393, 373-377.

Keane, T.M. (1998). „Psychological and behavioral treatment of posttraumatic stress disorder". În P. Nathan, J. Gorman (ed.), *Treatments that Work*. Oxford, Marea Britanie : Oxford University Press.

Kellerman, J., Zeltzer, L., Ellenberger, L., Dash, J. (1983). „Adolescents with cancer : Hypnosis for the reduction of acute pain and anxiety associated with medical procedures". *Journal of Adolescent Health Care*, 4, 76-81.

Kennerley, H. (1996). „Cognitive therapy of dissociative symptoms associated with trauma". *British Journal of Clinical Psychology*, 35, 325-340.

Kessler, R. (1999). „The consequences of individual differences in preparation for surgery and invasive medical procedures". *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 27(1), 40-53.

Kessler, R., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., Nelson, C.B. (1995). „Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey". *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.

Kiecolt-Glaser, J.K., Glaser, R. (1986). „Psychological influences on immunity”. *Psychosomatics*, 27, 621-624.

Kiecolt-Glaser, J.K., Glaser, R. (1992). „Psychoneuroimmunology : Can psychological interventions modulate immunity ? ”. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 60, 569-575.

Kiecolt-Glaser, J.K., Marucha, P., Atkinson, C., Glaser, R. (2001). „Hypnosis as a modulator of cellular immune dysregulation during acute stress”. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 69, 674-682.

Kilpatrick, D.G., Resnick, H.S. (1993). „Posttraumatic stress disorder associated with criminal victimization in clinical and community populations”. În J.R.T. Davidson, E.B. Foa (ed.), *Posttraumatic Stress Disorder : DSM-IV and Beyond*, 113-143. Washington, DC : American Psychiatric Press.

King, A.C., Blair, S.N., Bild, D.E. (1992). „Determinants of physical activity and intervention in adults”. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 24, S221-S237.

Kingsbury, S.J. (1993). „Brief hypnotic treatment of repetitive nightmares”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 35(3), 161-169.

Kirsch, I., Lynn, S.J. (1995). „The altered state of hypnosis : changes in the theoretical landscape”. *American Psychologist*, 50(10), 846-858.

Kirsch, I., Montgomery, G.H., Sapirstein, A. (1995). „Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy : A meta-analysis”. *Journal of Consulting, Clinical Psychology*, 63, 214-220.

Kissen, D.M. (1966). „The significance of personality in lung cancer in men”. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 125, 820-826.

Kissen, D.M. (1967). „Psychosocial factors, personality, and lung cancer in men aged 55-64”. *British Journal of Medical Psychology*, 40, 69.

Kissen, D.M., Brown, R.I.F., Kissen, M.A. (1969). „A further report on personality and psychological factors in lung cancer”. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 164, 535-545.

Kleinhauz, M., Beran, B. (1981). „Misuses of hypnosis : A medical emergency and its treatment”. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 29, 148-161.

Kleinplatz, P. (ed.). (2001). *New directions in Sex Therapy : Innovations and Alternatives*. Florence, KY : Brunner-Routledge.

Kluft, R.P. (1988). „On treating the older patient with multiple personality disorder : «Race against time» or «Make haste slowly»”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 30, 257-266.

Koblenzer, C. (1988). „Stress and the skin : significance of emotional factors in dermatology”. *Stress Medicine*, 4, 21-26.

Kohen, D., Olness, K., Colwell, S., Heimel, A. (1984). „The use of relaxation-mental imagery (self-hypnosis) in the management of 505 pediatric behavioral encounters”. *Developmental and Behavioural Pediatrics*, 5, 21-25.

Kohen, D.P., Mahowald, M.W., Rosen, G.M. (1992). „Sleep-terror disorder in children : the role of self-hypnosis in management”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 34, 433-244.

Kopp, R.R. (1995). *Metaphor Therapy*. New York : Brunner/Mazel.

Kroger, W.S. (1952). „Natural childbirth : Is the Reid method of «natural childbirth» waking hypnosis ? ”. *Medical Times*, 80, 152.

Kroger, W.S. (1977). *Clinical and Experimental Hypnosis in Medicine, Dentistry and Psychology*. Philadelphia : Lippincott.

Kuttner, L. (1986). *No Fears, No Tears : Children with Cancer Coping with Pain* şghid videoţ. Vancouver : Canadian Cancer Society.

Laing, R.D. (1983). *The Voice of Experience*. Harmondsworth, Middlesex : Penguin Books Ltd.

Lake, F. (1981). *Tight Corners in Pastoral Counselling*. Londra : Darton, Longman and Todd Ltd.

Lamb, M.E. (1994). „The investigation of child sexual abuse : An interdisciplinary consensus statement”. *Child Abuse and Neglect*, 18(12), 1021-1028.

Lambert, M.J. (1992). „Psychotherapy outcome research : Implications for integrative and eclectic therapists”. În J.C. Norcross, M.R. Goldfried (ed.), *Handbook of Psychotherapy Integration*, 94-129. New York : Basic Books.

Lambert, M.J., Bergin, A.E. (1994). „The effectiveness of psychotherapy”. În S.L. Garfiled, A.E. Bergin (ed.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, ed. a IV-a, 143-189. New York : Wiley.

Lambert, S.A. (1996). „The effects of hypnosis/guided imagery on the postoperative course of children”. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 17(5), 307-310.

Lang, E.V., Benotsch, E.G., Fick, L.J. (2000). „Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical procedures : a randomised clinical trial”. *Lancet*, 355(9214), 1486-1490.

Lankton, S. (1980). *Practical Magic*. Cupertino, CA : Meta Publications.

Lankton, S., Lankton, C. (1987). *Enchantment and Intervention*. New York : Brunner/Mazel.

Lankton, S.R., Lankton, C.H. (1983). *The Answer Within : A Clinical Framework for Ericksonian Hypnotherapy*. New York : Brunner/Mazel.

Lankton, S.R., Lankton, C.H. (1986). *Enchantment and Intervention in Family Therapy*. New York : Brunner/Mazel.

Laszlo, J. (1983). *Antiemetics and Cancer Chemotherapy*. Baltimore : Williams and Wilkins.

Laudenslager, M.L., Ryan, S.M., Drugan, R.C., Hysen, R.L., Maier, S.F. (1983). „Coping and immunosuppression : Inescapable but not escapable shock suppresses lymphocyte proliferation”. *Science*, 221, 568-570.

Lazarus, R.S. (1975). „A cognitively oriented psychologist looks at biofeedback”. *American Psychologist*, 30, 553-561.

Lazarus, R.S., Cohen, F. (1973). „Active coping processes, coping dispositions, and recovery from surgery”. *Psychosomatic Medicine*, 35, 375-389.

Lazarus, R.S., Cohen, F. (1977). „Environmental stress”. În L. Altman, J.F. Wohlwill (ed.), *Human Behavior and the Environment : Current Theory and Research*, vol. 2, 89-127. New York : Plenum.

Lazarus, R.S., Folkman, S. (1987). „Transactional theory and research on emotions and coping”. *European Journal of Personality*, 1, 141-170.

LeCron, L. (1954). „A hypnotic technique for uncovering unconscious material”. *Journal of Experimental and Clinical Hypnosis*, 2, 76-79.

Leiblum, S.R., Rosen, G.M. (2000). *Principles and Practice of Sex Therapy*, ed. a III-a. New York : Guilford Press.

LeShan, L.L. (1977). *You Can Fight for Your Life*. New York : M. Evans & Company.

Leskin, G.A., Kaloupek, D.G., Keane, T.M. (1998). „Treatment for traumatic memories : Review and recommendations”. *Clinical Psychology Review*, 18(8), 983-1002.

Levenson, H., Butler, S.F. (1994). „Brief dynamic individual psychotherapy”. În R.E. Hales, S.C. Yudofsky, J.A. Talbott (ed.), *Textbook of Psychiatry*, ed. a II-a, 1009-1033. Washington, DC : American Psychiatric Press, Inc.

Levine, P. (1991). „The body as healer : A revisioning of trauma and anxiety”. În M. Sheets-Johnstone (ed.), *Giving the Body its Due*, 85-108. Stonybrook, NY : State University of New York Press.

Levine, P. (1994). *Encountering the Tiger : How the Body Heals Trauma*. Lyons, CO : Ergo Institute Press.

Levit, H.I. (1971). „Marital crisis intervention : Hypnosis in impotence--frigidity cases”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 14(1), 56-60.

Lichtenstein, E., Weiss, S.M., Hitchcock, J.L. (1986). „Task force 3 : Patterns of smoking relapse”. *Heath Psychology*, 5, supliment, 29-40.

Liossi, C., Hatira, P. (1999). „Clinical hypnosis versus cognitive behavior training for pain management with pediatric cancer patients undergoing bone marrow aspirations”. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 47, 104-116.

Lowen, A. (1975). *Bioenergetics*. Londra: Coventure Ltd.
Luborsky, L. (1995). „Are common factors across different psychotherapies the main explanation for the Dodo bird verdict that «Everyone has won so all shall have prizes»?". *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 106-109.
Luborsky, L., Crits-Christoph, R., Alexander, L., Margolis, M., Cohen, M. (1983). „Two helping alliance methods of predicting outcomes of psychotherapy". *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171, 480-491.
Luthe, W. (ed.). (1969). *Autogenic Therapy*, vol. 1: W. Luthe, J.H. Schultz, *Autogenic Methods*. New York: Grune & Stratton.
Lynn, S., Hallquist, M.N. (2004). „Toward a scientifically based understanding of Milton H. Erickson's strategies and tactics: Hypnosis, response sets and common factors in psychotherapy". *Contemporary Hypnosis*, 21(2), 63-78.
Lynn, S.J., Neufeld, V., Rhue, J.W., Matorin, A. (1994). „Hypnosis and smoking cessation: A cognitive behavioural treatment". În S.J. Lynn, J.W. Rhue, I. Kirsch (ed.), *Handbook of Clinical Hypnosis*. Washington, DC: American Psychological Association.
Mackinnon, C. (1998). „Working with adult survivors of child sexual abuse". *European Journal of Clinical Hypnosis*, 4(4), 190-195.
Madanes, C. (2001). *The therapist as humanist, social activist, and systemic thinker*, lucrare prezentată la The 8th International Congress on Ericksonian Approaches to Hypnosis and Psychotherapy, Phoenix, SUA.
Maddi, S., Kobasa, S.G. (1984). *The Hardy Executive, Health Under Stress*. Homewood, IL: Dow Jones-Irwin.
Mair, M. (1989). *Between Psychology and Psychotherapy: A Poetics of Experience*. Londra: Routledge.
Mairs, D.A.E. (1995). „Hypnosis and pain in childbirth". *Contemporary Hypnosis*, 12(2), 111-118.
Malan, D. (1963). *A Study of Brief Psychotherapy*. New York: Plenum.
Malarkey, W., Glaser, R., Kiecolt-Glaser, J.K., Marucha, P. (2001). „Behavior: The endocrine-immune interface and health outcomes". *Advances in Psychosomatic Medicine*, 22, 104-115.
Mantle, F. (2001). „Hypnosis in the management of eczema in children". *Nursing Standard*, 15(51), 41-44.
Margolis, C.G., DeClement, F.A. (1980). „Hypnosis in the treatment of burns". *Burns*, 6, 253-254.
Marlatt, G.A., Gordon, J.R. (1985). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford.

Maslow, A.H. (1973). *The Further Reaches of Human Nature*. Harmondsworth, Middlesex : Penguin Books.

Massarini, M., Rovetto, F., Tagliaferri, C. (2005). „Preoperative hypnosis : A controlled study to assess the effects on anxiety and pain in the postoperative period”. *European Journal of Clinical Hypnosis*, 6(1), 8-15.

Masters, W.H., Johnson, V.E., Kolodny, R.C. (1995). *Human Sexuality.* New York : Longman.

Matthews, M., Flatt, S. (1999). „The efficacy of hypnotherapy in the treatment of migraine”. *Nursing Standard*, 14(7), 33-36.

McCary, J.L., McCary, S.P. (1982). *McCary's Human Sexuality*. Belmont, CA : Wadsworth.

McCrone, J. (1999). *Going Inside : A Tour Round a Single Moment of Consciousness*. Londra : Faber & Faber.

McDaniel, J.S., Moran, M.G., Levenson, J.L., Stoudemire, A. (1994). „Psychological factors affecting medical conditions”. În R.E. Hales, S.C. Yudofsky, J.A. Talbott (ed.), *Textbook of Psychiatry*, vol. 2. Washington, DC : American Psychiatric Press.

McDermott, D., Snyder, C.R. (1999). *Making Hope Happen*. Oakland, San Francisco : New Harbinger Press.

McGrath, P.A. (1990). *Pain in Children : Nature, Assessment and Treatment*. Londra : Guilford Press.

McLoed, J. (1994). *Doing Counselling Research*. Londra : Sage.

McNally, R.J. (2004). *Remembering Trauma*. Cambridge, MA : Belknap Press/Harvard University Press.

McNeal, S., Frederick, C. (1993). „Inner strength and other techniques for ego-strengthening”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 35, 170-178.

Medd, D.Y. (2001). „Fear of injections : the value of hypnosis in facilitating clinical treatment”. *Contemporary Hypnosis*, 18(2), 100-106.

Meichenbaum, D. (1995). *A Clinical Handbook/Practical Therapist Manual for Assessing and Treating Adults with Post-Traumatic Stress Disorder*. Waterloo, Canada : Institute Press.

Melzack, R. (1975). „The McGill Pain Questionnaire : Major properties and scoring methods”. *Pain*, 1, 277-299.

Meyer, T.J., Mark, M.M. (1995). „Effects of psychological interventions with adult cancer patients : a meta-analysis of randomised experiments”. *Health Psychology*, 14, 101-108.

Michaud, C., Kahn, J.P., Musse, N. (1990). „Relationships between a critical life event and eating behaviour in high school students”. *Stress Medicine*, 6, 57-64.

Miller, A. (1986). „Hypnotherapy in a case of dissociated incest”. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 34, 13-28.

Mills, J.C., Crowley, R.J. (1986). *Therapeutic Metaphors for Children and the Child Within*. New York : Brunner/Mazel.

Milne, G. (1985). „Hypnorelaxation for essential hypertension”. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 13, 113-116.

Montgomery, G.H., David, D., Winkel, G., Silverstein, J.H., Bovbjerg, D.H. (2002). „The effectiveness of adjunctive hypnosis with surgical patients : A meta-analysis”. *Anesthesia & Analgesia*, 94, 1639-1645.

Moos, R.H., Schaefer, J.A. (1984). „The crisis of physical illness : An overview and conceptual approach”. În R.H. Moos (ed.), *Coping with Physical Illness : New Perspectives*, vol. 2, 3-35. New York : Plenum.

Moos, R.H., Swindle, R.W. (1990). „Stressful life circumstances : Concepts and measures”. *Stress Medicine*, 6, 171-178.

Moreno, J.L. (1946). *Psychodrama*, vol. 1. New York : Beacon House Inc.

Morgan, A.H., Hilgard, J.R. (1978a). „Stanford Hypnotic Clinical Scale for Adults”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 21, 134-147.

Morgan, A.H., Hilgard, J.R. (1978b). „Stanford Hypnotic Clinical Scale for Children”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 21, 148-168.

Morgan, M., McCreedy, R., Simpson, J., Hay, R.J. (1997). „Dermatology quality of life scales – a measure of the impact of skin diseases”. *British Journal of Dermatology*, 133, 202-206.

Morimoto, R. (2001). *Stress induced gene expression*. Disponibil online la www.grc.uri.edu/programs/2001/stress.htm.

Morton, J., Andrew, B., Bekerian, D., Brewin, C.R., Davies, G.M., Mollon, P. (1995). *Recovered Memories*. Leicester : British Psychological Society.

Murcott, T. (2005). *The Whole Story*. Basingstoke, Marea Britanie : Macmillan.

Nath, S., Warren, J. (1995). „Hypnosis and examination stress in adolescence”. *Contemporary Hypnosis*, 12(2), 119-124.

Nestoros, J.N., Vasdekis, V.G.S., Patakou-Parassiri, V., Sfakianakis, G. (1998). „Hypnosis in Greece”. În P.J. Hawkins, M. Heap (ed.), *Hypnosis in Europe*. Londra : Whurr Publishers Ltd.

Neylan, M.D., Reynolds, C.E., Kupfer, D.J. (1994). „Sleep disorders”. În R.E. Hales, S.C. Yudofsky, J.A. Talbott (ed.), *Textbook of Psychiatry*, ed. a II-a, 833-855. Washington, DC : American Psychiatric Press, Inc.

Nichols, M.P., Zax, M. (1977). *Catharsis in Psychotherapy*. New York : Gardner Press.

O'Leary, E. (1993). „Empathy in the person centred and gestalt approaches". *British Gestalt Journal*, 2, 111-115.

O'Leary, E., Murphy, M. (ed.). (2006). *New Approaches To Integration in Psychotherapy*. Londra : Brunner-Routledge.

Oakley, D., Alden, P. Degun-Mather, M. (1996). „The use of hypnosis in therapy with adults". *The Psychologist*, 9(11), 502-505.

Ogden, J. (2000). *Health Psychology*, ed. a II-a. Buckingham : Open University Press.

Olness, K., Kohen, D. (1996). *Hypnosis and Hypnotherapy with Children*, ed. a III-a. New York : Guilford Press.

Olness, K.N., Gardner, G.C. (1988). *Hypnosis and Hypnotherapy with Children*. Londra : Grune & Stratton.

Oster, M.I., Sauer, C.P. (2000). „Hypnotic methods for preparing for childbirth". În L.M. Hornyak, J.P. Green (ed.), *Healing from Within : The Use of Hypnosis in Women's Health Care*, 161-190. Washington, DC : American Psychological Association.

Pachter, H. (1961). *Paracelsus : Magic into Science*. New York : Collier Books.

Panksepp, J. (2004). *Affective Neuroscience : The Foundations of Human and Animal Emotions*. Oxford : Oxford University Press.

Parient, J., White, P., Frackowiak, R.S.J., Lewith, G. (2005). „Expectancy and belief modulate the neuronal substrates of pain treated by acupuncture". *NeuroImage*, 25(4), 1161-1167.

Patterson, D.R. (2004). „Treating pain with hypnosis". *Current Directions in Psychological Science*, 13 (6), 252-255.

Patterson, D.R., Everett, J.J., Burns, G.L., Marvin, J.A. (1992). „Hypnosis for treatment of burn pain". *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 60, 713-717.

Pederson, L., Scrimjeour, W., Lefcoe, N. (1975). „Comparison of hypnosis plus counseling, couseling alone, and hypnosis alone in a community service smoking withdrawal program". *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 43, 920.

Pekala, R.J. (1995a). „A short, unobstrusive hypnotic procedure for assessing hypnotizability level : 1. Development and research". *American Journal of Clinical Hypnosis*, 37(4), 271-283.

Pekala, R.J. (1995b). „A short unobtrusive hypnotic induction for assessing hypnotizability : 11. Clinical case reports". *American Journal of Clinical Hypnosis*, 37(4), 284-293.

Perkins, K.A., Grobe, J.E., Stiller, R.L., Fonte, C., Goettler, J.E. (1992). „Nasal spray nicotine replacement suppresses cigarette smoking desire and behavior". *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 52, 627-634.

Perls, F., Hefferline, R.F., Goodman, P. (1951). *Gestalt Therapy : Excitement and Growth in the Human Personality*. New York : Dell Publishing.
Perls, F.S. (1969). *Gestalt Therapy Verbatim*. Moab, UT : Real People Press.
Perry, C., Gelfand, R., Marcovitch, P. (1979). „The relevance of hypnotic susceptibility in the clinical context”. *Journal of Abnormal Psychology*, 89, 598-603.
Perry, C., Mullin, G. (1975). „The effects of hypnotic susceptibility on reducing smoking behavior treated by an hypnotic technique”. *Journal of Clinical Psychology*, 31, 498-505.
Pertot, S. (2005). *Perfectly Normal : A Woman’s Guide To Living With Low Libido*. New York : Rodale.
Petrie, K.J., Booth, R.J., Pennebaker, J.W. (1998). „The immunological effects of thought suppression”. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 1264-1272.
Peynovska, R., Fisher, J., Oliver, D., Mathew, V.M. (2005). „Efficacy of hypnotherapy as a supplement therapy in cancer intervention”. *European Journal of Clinical Hypnosis*, 6(1), 2-7.
Phillips, M. (1993). „The use of ego-state therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 35(4), 241-249.
Phillips, M., Frederick, C. (1995). *Healing the Divided Self : Clinical and Ericksonian Hypnotherapy for Post-traumatic and Dissociative Conditions*. New York/Londra : W.W. Norton & Company.
Pierce, R.A., Nichols, M.P., DuBrin, J.R. (1983). *Emotional Expression in Psychotherapy*. New York : Gardner Press Inc.
Pietrofesa, J.J., Hoffman, A., Splete, H.H. (1984). *Counseling : An introduction*, ed. a II-a. Boston : Houghton Mifflin.
Pirsig, R. (1974). *Zen and the Art of Motorcycle Maintenance*. Londra : Bodley Head.
Poncelet, N.M. (1990). „An Ericksonian approach to childbirth”. În D.C. Hammond (ed.), *Handbook of Hypnotic Suggestions and Metaphors*, 382-386. New York : W.W. Norton & Company.
Price, M.I., Mottahedin, I., Mayo, P.R. (1991). „Can hypnotherapy help patients with psoriasis ? ”. *Clinical and Experimental Dermatology*, 16, 114-117.
Progoff, I. (1977). *The Well and the Cathedral*, ed. a II-a. New York : Dialogue House Library.
Progoff, I. (1982). *At a Journal Workshop : The Basic Text and Guide for Using the Intensive Journal Process*. New York : Dialogue House Library.

Putman, F.W. (1989). *Diagnosis and Treatment of Multiple Personality Disorder*. New York : Guilford.

Pynoos, R.S., Goenjian, A.K., Tashjian, M., Karakashian, M., Maniikian, R., Manoukian, G., Steinberg, A., Fairbanks, L.A. (1993). „Post-traumatic stress reactions in children after the 1988 Armenian earthquake”. *British Journal of Psychiatry*, 163, 239-247.

Reason, P. (1994). „Three approaches to participative inquiry”. În N.K. Denzin, Y.S. Lincoln (ed.), *Handbook of Qualitative Research*, 324-339. Thousand Oaks : Sage.

Reason, P. (2000). *Action research as spiritual practice*. University of Surrey, Learning Community Conference, 4-5 mai. Disponibil online la www.bath.ac.uk/Îmnspwr/Thoughtpieces/ARspiritualpractice.htm.

Reason, P. (2002). „Justice, Sustainability, and Participation”. *Concepts and Transformations*, 7(1), 7-29.

Reason, P. (ed.). (1988). *Human Inquiry in Action : Developments in New Paradigm Research*. Londra : Sage.

Reason, P., Bradbury, H. (2001). „Inquiry and participation in search of a world worthy of human aspiration”. În P. Reason, H. Bradbury (ed.), *Handbook of Action Research, Participative Inquiry & Practice*, 1-14. Londra : Sage.

Reason, P., Bradbury, H. (ed.). (2001). *Handbook of Action Research, Participative Inquiry & Practice*. Londra : Sage.

Reason, P., Heron, J. (1995). „Co-operative inquiry”. În R. Harre, J. Smith, L. Van Langenhove (ed.), *Rethinking Methods in Psychology*, 122-142. Londra : Sage.

Reason, P., Heron, J. (1996). *A Layperson's Guide to Cooperative Inquiry*. Centre for Action Research in Professional Practice, University of Bath. Disponibil online la http : //www.bath.ac.uk/carpp/LAYGUIDE.htm.

Reason, P., Rowan, J. (ed.). (1981). *Human Inquiry : A Sourcebook of New Paradigm Research*. Chichester, Marea Britanie : John Wiley & Sons.

Reich, W. (1961). *The Function of the Orgasm*. New York : Farrar, Straus & Giroux.

Reik, T. (1948). *Listening with the Third Ear*. New York : Farrar, Straus.

Rennie, D.L., Toukmanian, S.G. (1992). „Explanation in psychotherapy process research”. În S.G. Toukmanian, D.L. Rennie (ed.), *Psychotherapy Process Research*, 234-251. Londra : Sage.

Reps, P.C. (1971). *Zen flesh, Zen bones*. Londra : Penguin Books.

Ribeiro, S., Goyal, V., Mello, C., Pavlides, C. (1999). „Brain gene expression during REM sleep depends on prior waking experience”. *Learning & Memory*, 6, 500-508.

Rice, L.N., Greenberg, L.S. (ed.). (1984). *Patterns of Change*. New York : Guilford Press.

Roberts, L.M. (2005). „Trial design in hypnotherapy : Does the RCT have a place ? ”. *European Journal of Clinical Hypnosis*, 6(1), 16-19.

Rogers, C. (1951). *Client-Centered Therapy*. Londra : Constable.

Rogers, C. (1971). *Freedom To Learn*. Columbus, OH : Charles Merril.

Rogers, C. (1980). *A Way of Being*. Boston : Houghton Mifflin.

Rose, S. (2005). *The 21st Century Brain : Explaining, Mending and Manipulating the Mind*. Londra : Jonathan Cape.

Rossi, E. (1972). *Dreams and the Growth of Personality : Expanding Awareness in Psychotherapy*. New York : Pergamon.

Rossi, E. (1982). „Hypnosis and ultradian cycles : A new state(s) theory of hypnosis ? ”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 25(1), 21-32.

Rossi, E. (1986/1993). *The Psychobiology of Mind-Body Healing. New Concepts of Therapeutic Hypnosis*, ed. rev. New York : W.W. Norton & Company.

Rossi, E. (1990). „From mind to molecule : More than a metaphor”. În J. Zeig, S. Gilligan (ed.), *Brief therapy : Myths, Methods and Metaphors*. New York : Brunner/Mazel.

Rossi, E. (1995a). „The essence of therapeutic suggestion : Part One. The basic accessing question and ultradian dynamics in single session psychotherapy”. *European Journal of Clinical Hypnosis*, 2(3), 6-17.

Rossi, E. (1995b). „The essence of therapeutic suggestion : Part Two. Ultradian dynamics of the creative process in psychotherapy”. *European Journal of Clinical Hypnosis*, 2(4), 4-16.

Rossi, E. (1997). „The symptom path to enlightenment : The psychobiology of Jung’s constructive method”. *Psychological Perspectives*, 36, 68-84.

Rossi, E. (2000). „In search of a deep psychobiology of hypnosis : Visionary hypotheses for a New Millenium”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 42(3/4), 178-207.

Rossi, E. (2003). „Gene expression, neurogenesis, and healing : psycho-social genomics of therapeutic hypnosis”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 45(3), 197-216.

Rossi, E. (2003). *A dream series reflecting stroke rehabilitation via activity-dependent gene expression and neurogenesis*. Disponibil online la www.ernestrossi.com.

Rossi, E., Cheek, D.B. (1988). *Mind – Body Therapy.* New York: W.W. Norton & Company.
Rossi, E., Lippencott, B., Bessette, A. (1994). „The chronobiology of mind-body healing: Ultradian dynamics in hypnotherapy. Part 1”. *European Journal of Clinical Hypnosis*, 2(1), 10-20.
Rossi, E., Lippencott, B., Bessette, A. (1995). „The chronobiology of mind-body healing: Ultradian dynamics in hypnotherapy. Part 2”. *European Journal of Clinical Hypnosis*, 2(2), 6-14.
Rossi, E., Nimmons, D. (1991). *The Twenty Minute Break : The Ultradian Healing Response*. New York: Zeig, Tucker, Theisen.
Rossi, E.L. (1996). *The Symptom Path to Enlightenment*. Palisades, CA: Palisades Gateway.
Rossi, E.L. (2002). *The Psychobiology of Gene Expression*. New York/ Londra: W.W. Norton & Company.
Ruzyla-Smith, P., Barabasz, A., Barabasz, M., Warner, D. (1995). „Effects of hypnosis on the immune response: B-cells, T-cells, helper and suppressor cells”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 38, 71-79.
Sackett, D.L., Rosenberg, W.M.C., Gray, J.A. (1996). „Evidence-based medicine: What it is and what it isn't?”, *British Medical Journal*, 312, 71-72.
Salmon, P. (1983). „A personal approach to teaching psychology”. În D. Pilgrim (ed.), *Psychology and Psychotherapy*. Londra: Routledge, Kegan Paul.
Samad, T., Moore, K., Sapirstein, A., Billet, S., Allchorne, A., Poole, S., Bonventre, J., Woolfe, C. (2001). „Interleukin-1-mediated induction of Cox-2 in the CNS contributes to inflammatory pain hypersensitivity”. *Nature*, 410, 471-475.
Schaefer, C. (1995). *Clinical Handbook of Sleep Disorders in Children*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
Schafer, D.W. (1997). „Hypnosis and the treatment of ulcerative colitis and Crohn's disease”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 40, 111-117.
Scheff, T. (1979). *Catharsis in Healing, Ritual, and Drama*, University of California Press.
Schmale, A.H., Iker, H. (1966). „The psychological setting of uterine cervical cancer”. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 125, 807-813.
Schneck, J.M. (1970). „The psychotherapeutic use of hypnosis: case illustrations of direct hypnotherapy”. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 18(1), 15-24.

Schneider, J.P., Irons, R. (1998). „Addictive sexual disorders : differential diagnosis and treatment”. *Primary Psychiatry*, aprilie.

Schultz, J.H., Luthe, W. (ed.). (1969-1973). *Autogenic Therapy*, vol. 1-6. New York : Grune & Stratton.

Schutz, J. (1998). „Preparation for surgery using hypnosis”. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 26(1), 49-56.

Schwartz, B. (2005). *The Paradox of Choice : Why More Is Less*. New York : HarperCollins.

Selye, H. (1956). *The Stress of Life*. New York : McGraw-Hill.

Shapiro, F. (1995). *Eye Movement Desensitisation and Reprocessing : Basic Principles, Protocols, Procedures*. New York : Guilford.

Shenefelt, P.D. (2000). „Hypnosis in dermatology”. *Archives of Dermatology*, 136(3), 393-399.

Shenefelt, P.D. (2003a). „Biofeedback, cognitive-behavioral methods, and hypnosis in dermatology : is it all in your mind ?”. *Dermatologic Therapy*, 16, 114-122.

Shenefelt, P.D. (2003b). „Hypnosis-facilitated relaxation using self-guided imagery during dermatologic procedures”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 45(3), 225-232.

Shone, R. (1994). „From Epidaurus’ temples to Ericksonian therapists”. *European Journal of Clinical Hypnosis*, 1(4), 46-50.

Siegel, M., Brisman, J., Weinshal, M. (1997). *Surviving an Eating Disorder : New Perspectives and Strategies for Family and Friends*. New York : HarperCollins.

Siegfried, J., Bourdeau, H., Davis, A., Luketich, J., Shriver, S. (2000). „Expression of gastric-releasing peptide receptor, but not neuromedin B receptor, is related to sex, smoking history, and risk for lung cancer”. *Proceedings of the American Association of Cancer Research*, 41, 147.

Sifneos, P.E. (1979). *Short-Term Dynamic Psychotherapy*. New York : Plenum.

Simonton, O.C., Matthews-Simonton, S., Creighton, J. (1978). *Getting Well Again*. Los Angeles : J.P. Tarcher Inc.

Simren, M., Ringstrom, G., Bjornsson, E., Abrahamsson, H. (2004). „Treatment with hypnotherapy reduces the sensory and motor component of the gastrocolonic response in irritable bowel syndrome”. *Psychosomatic Medicine*, 66(2), 233-238.

Singer, J. (1973). *Boundaries of the Soul : The Practice of Jung’s Psychology*. New York : Anchor Press.

Singer, J.L. (1974). *Imagery and Daydream Methods in Psychotherapy and Behavior Modification*. New York : Academic Press.

Smith, J.A., Jarman, M., Osborn, M. (1999). „Doing interpretive phenomenological analysis”. În M. Murray, K.A. Chamberlain (ed.), *Qualitative Health Psychology : Theories and Methods*, 218-240. Londra : Sage.

Snyder, C.R., McDermott, D., Cook, W., Rapoff, M. (1997). *Hope for journeys : Giving children stories to grow on*. Boulder. CO : Westview/ HarperCollins.

Snyder, C.R., Taylor, J.D. (2000). „Hope as a common factor across psychotherapy approaches : A lesson from the «Dodo's Verdict»”. În C.R. Snyder (ed.), *Handbook of Hope : Theory, Measures, and Applications*, 89-108. San Diego, CA : Academic Press.

Sokel, B., Lansdown, R., Atherton, D.J., Glover, M., Knibbs, J.A. (1993). „A comparison of hypnotherapy and biofeedback in the treatment of childhood atopic eczema”. *Contemporary Hypnosis*, 10(3), 145-154.

Solloway, K. (2004a). „Where is the evidence ? Hypnotherapy research index 2003-2004”. *European Journal of Clinical Hypnosis*, 5(4), 56-58.

Solloway, K. (2004b). „Can clinical hypnosis prevent stress-related immune deficiency ? ”. *European Journal of Clincial Hypnosis*, 5(5), 44-56.

Solloway, K. (2005). „Irritable bowel syndrome (IBS) and other functional gastrointestinal (GI) disorders”. *European Journal of Clinical Hypnosis*, 6(1), 31-36.

Solms, M. (2004). „Freud Returns”. *Scientific American*, 290(5), 57-63.

Spiegel, D. (1994). „Dissociative Disorders”. În R.E. Hales, S.C. Yudofsky, J.A. Talbott (ed.), *Textbook of Psychiatry*, ed. a II-a. Washington, DC : American Psychiatric Press, Inc.

Spiegel, D. (1994). „Hypnosis”. În R.E. Hales, S.C. Yudofsky, J.A. Talbott (ed.), *Textbook of Psychiatry*. Washington, DC : American Psychiatric Press, Inc.

Spiegel, D. (1996). „Hypnosis in the treatment of post-traumatic stress disorder”. În S.J. Lynn, I. Kirsch, J.W. Rhue (ed.), *Casebook of Clinical Hypnosis*, 99-112. Washington, DC : American Psychological Association.

Spiegel, D., Bloom, J.R., Kramer, H.C., Gottheil, E. (1989). „Effect of psychological treatment on survival of patients with metastatic breast cancer”. *Lancet*, 2(8668), 888-891.

Spiegel, H., Greenleaf, M., Spiegel, D. (2000). „Hypnosis”. În B. Sadock, V. Sadock (ed.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, ed. a VII-a, vol. 2. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.

Spiegel, H., Spiegel, D. (1978/2004). *Trance and Treatment: Clinical Uses of Hypnosis*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Stamenkovic, I. (2003). „Extracellular matrix remodelling: the role of matrix metalloproteinases”. *Journal of Pathology*, 200(4), 448-464.

Stanton, H.E. (1979). „Increasing internal control through hypnotic ego-enhancement”. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 7, 219-223.

Stanton, H.E. (1989). „Ego-enhancement: A five-step approach”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 31, 192-198.

Stanton, H.E. (1991). „The Reduction in Secretarial Stress”. *Contemporary Hypnosis*, 8(1), 45-50.

Stein, C. (1963). „The clenched fist technique as a hypnotic procedure in clinical psychotherapy”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 6, 113-119.

Steptoe, A., Wardle, J., Marmot, M. (2005). „Positive affect and health--related neuroendocrine, cardiovascular, and inflammatory processes”. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 19 aprilie, 10.1073/0409174102.

Stevenson, C., Cooper, N. (1997). „Qualitative and quantitative research”. *The Psychologist*, 10(4), 159-160.

Stewart, A.C., Thomas, S.E. (1995). „Hypnotherapy as a treatment for atopic dermatitis in adults and children”. *British Journal of Dermatology*, 132, 778-783.

Stone, A.A., Cox, D.S., Valdimarsdottir, H., Jandorf, L., Neale, J.M. (1987). „Evidence that secretary IgA antibody is associated with daily mood”. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 988-993.

Stoney, C.M., Mathews, K.A., McDonald, R.H., Johnson, C.A. (1990). „Sex differences in acute stress response: Lipid, lipoprotein, cardiovascular and neuroendocrine adjustments”. *Psychophysiology*, 12, 52-61.

Stores, G. (1996). „Practitioner review: Assessment and treatment of sleep disorders in children and adolescents”. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 907-925.

Strain, J.J., Newcorn, J., Wolf, D., Fulop, G. (1994). „Adjustment Disorder”. În R.E. Hales, S.C. Yudofsky, J.A. Talbott (ed.), *Textbook of Psychiatry*, ed. a II-a. Washington, DC.

Strupp, H.H. (1983). *Psychotherapy: Clinical, Research and Theoretical Issues*. New York: Jason Aronson.

Strupp, H.H., Binder, J.L. (1984). *Psychotherapy in A New Key: A Guide To Time-Limited Dynamic Psychotherapy*. New York: Basic Books Inc.

Switz, D.M. (1976). „What the gastroenterologist does all day ? ”. *Gastroenterology*, 70, 1048-1050.

Syrjala, K., Cummings, C., Donaldson, G. (1992). „Hypnosis or cognitive behavioural training for a reduction of pain and nausea during cancer treatment : a controlled clinical trial”. *Pain*, 48, 137-146.

Tasini, M.F., Hackett, T.P. (1977). „Hypnosis in the treatment of warts in immunodeficient children”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 19, 152-154.

Tausk, F., Whitmore, S.E. (1999). „A pilot study of hypnosis in the treatment of patients with psoriasis”. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 68(4), 221-225.

The British Psychological Society. (1995). *Report on Recovered Memories*.

Thompson, W., Shapiro, J. (1996). *Alopecia Areata ; Understanding and Coping With Hair Loss*. Baltimore : John Hopkins University Press.

Thomson, L. (2005). *Harry the Hypno-Potamus : Metaphorical Tales for Pediatric Problems*. Bancyfelin : Carmathenshire : Crown House Publishing.

Tibia, J., Balogh, I., Meszaros, I. (1980). „Hypnotherapy during pregnancy, delivery, and childbirth”. În I. Pajntar, I. Roskav, A. Lavnic (ed.), *Hypnosis, Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 39-56. Liubliana : University Press.

Toon, K., Fraise, J., McFetridge, M., Alwin, N. (1996). „Memory or mirage ? The FMS debate”. *The Psychologist*, 9(2), 73-77.

Treacher, A. (1983). „On the utility or otherwise of psychotherapy research”. În D. Pilgrim (ed.), *Psychology and Psychotherapy : Current Trends and Issues*. Londra : Routledge.

Truax, C.B., Carkhuff, R.R. (1967). *Toward Effective Counseling and Psychotherapy : Training and Practice*. New York : Aldine.

Tsuji, Y., Kobayshi, T. (1988). „Short and long ultradian EEG components in day-time arousal”. *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology*, 70, 110-117.

Turk, D.C., Meichenbaum, D., Genest, M. (1983). *Pain and Behavioral Medicine : A Cognitive-Behavioral Perspective*. New York : Guilford Press.

Van der Hart, O., Brown, P. (1992). „Abreaction re-evaluated”. *Dissociation*, 5(3), 127-140.

Varni, J.W., Thompson, K.L., Hanson, V. (1987). „The Varni/Thompson Pediatric Pain Questionnaire : 1. Chronic musculoskeletal pain in juvenile rheumatoid arthritis”. *Pain*, 28, 27-38.

Verny, T. (1982). *The Secret Life of the Unborn Child*. Londra : Sphere.

Vingoe, F.J. (1993). „Anxiety and pain”. În H.B. Gibson (ed.), *Psychology, Pain and Anaesthesia*. Londra : Chapman & Hall.

Violanti, J., Marshall, J., Howe, B. (1983). „Police occupational demands, psychological distress and the coping function of alcohol”. *Journal of Occupational Medicine*, 25, 455-458.

von Wietersheim, J., Kohler, T., Feiereis, H. (1992). „Relapse-precipitating life events and feelings in patients with inflammatory bowel disease”. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 58, 103-112.

Walker, L., Eremin, O. (1995). „Psychoneuroimmunology : a new fad or the fifth cancer treatment modality ? ”. *American Journal of Cancer*, 170, 2-4.

Walker, L.G. (1992). „Hypnosis with cancer patients”. *American Journal of Preventative Psychiatry & Neurology*, 3(3, toamna).

Walker, L.G. (1998). „Hypnosis and cancer : Host defences, quality of life and survival”. *Contemporary Hypnosis*, 15(1), 34-38.

Walker, L.G. (2004). „Hypnotherapeutic insights and interventions : A cancer odyssey”. *Contemporary Hypnosis*, 21(1).

Walker, L.G., Dawson, A.A., Lolley, J., Ratcliffe, M.A. (1988b). „Sick to death of it : some psychological aspects of chemotherapy side effects”. *Aberdeen Postgraduate Medical Bulletin*, 22, 11-17.

Walker, L.G., Dawson, A.A., Pollet, S.M., Ratcliffe, M.A., Hamilton, L. (1988a). „Hypnotherapy for chemotherapy side effects”. *British Journal of Experimental and Clinical Hypnosis*, 5(2), 79-82.

Walker, L.G., Heys, S.D., Walker, M.B., Ogston, I.D., Hutcheon, A.W., Starker, T.K., Ah-See, A.K., Eremin, O. (1999). „Psychological factors can predict the response to primary chemotherapy in patients with locally advanced breast cancer”. *European Journal of Cancer*, 35(13), 1783-1788.

Walker, L.G., Johnson, V.C., Eremin, O. (1993). „Modulation of the immune response to stress by hypnosis and relaxation training in healthy volunteers : a critical review”. *Contemporary Hypnosis*, 10, 19-27.

Wall, V.J., Womack, W. (1989). „Hypnotic versus cognitive strategies for alleviation of procedural distress in pediatric oncology patients”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 31(3), 181-191.

Watkins, H. H. (1990). „Watkins’ silent abreaction technique”. În D.C. Hammond (ed.), *Handbook of Hypnotic Suggestions and Metaphors*. New York : W.W. Norton & Company.

Watkins, H., Watkins, J. (1979). „The theory and practice of ego state therapy”. În H. Grayson (ed.), *Short Term Approaches To Psychotherapy*.

New York : National Institute for the Psychotherapies & Human Sciences Press.

Watkins, H.H. (1980). „The silent abreaction”. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 23(2), 101-113.

Watkins, H.H. (1990). „Suggestions for Raising Self-Esteem”. În D.C. Hammond (ed.), *Handbook of Hypnotic Suggestions and Metaphors*. New York : W.W. Norton & Company.

Watkins, H.H. (1993). „Ego state therapy : An overview”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 35(4), 232-240, www.clinicalsocialwork.com.

Watkins, J.G. (1971). „The affect bridge : A hypnoanalytical technique”. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 19, 21-27.

Watkins, J.G. (1978). *The Therapeutic Self*. New York : Human Sciences Press.

Watkins, J.G. (1990). „Watkins' affect or somatic bridge”. În D.C. Hammond (ed.), *Handbook of Hypnotic Suggestions and Metaphors*, 523-534. New York : W.W. Norton & Company.

Watkins, J.G. (1992). *The Practice of Clinical Hypnosis*, vol. II : *Hypnoanalytic Techniques*. New York : Irvington.

Watkins, J.G. (1995). „Hypnotic abreactions in the recovery of traumatic memories”. *International Society for the Study of Dissociations*, 13(6), 1-6.

Watkins, J.G., Johnson, R.J. (1982). *We the Divided Self*. New York : Irvington.

Watkins, J.G., Watkins, H.H. (1986). „Hypnosis, multiple personality and ego states as altered states of consciousness”. În B.B. Wolman, M. Ullman (ed.), *Handbook of States of Consciousness*. New York : Van Nostrand.

Watkins, J.G., Watkins, H.H. (1990). „Dissociation and displacement : Where goes the «ouch» ? ”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 33(1), 1-10.

Watkins, J.G., Watkins, H.H. (1993). „Accessing the relevant areas of maladaptive personality functioning”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 35(4), 277-284.

Watkins, J.G., Watkins, H.H. (1997). *Ego-State – Theory and Therapy*. New York : W.W. Norton & Company.

Watson, J.P., Davies, T. (1997). „Psychosexual problems”. *British Medical Journal*, 315(7102).

Waxman, D. (1981). *Hypnosis : A Guide for Patients and Practitioners*. Londra : George Allen & Unwin.

Waxman, D. (1986). „Hypnosis 1788-1986 : Its history, development and status within the United Kingdom”. *Proceedings of the British Society of Medical and Dental Hypnosis*, 6, 3-8.

Weekes, V.J., Savedra, M.C. (1989). „Adolescent cancer : coping with treatment-related pain”. *Journal of Pediatric Nursing*, 3(5), 318-328.

Weiss, E. (1960). *The Structure and Dynamics of the Human Mind*. New York : Grune & Stratton.

Weiss, L., Katzman, M., Wolchik, M. (1985). *Treating Bulimia*. New York : Pergamon Press.

Weitzenhoffer, A. (1957). *General Techniques of Hypnotism*. New York : Grune & Stratton.

Welch, G.W., Hillman, L.C., Pomare, E.W. (1985). „Psychoneurotic symptomatology in the irritable bowel syndrome : A study of reporters and non-reporters”. *British Medical Journal*, 291, 1382-1384.

Wester, W.C. (1984). „Preparing the patient”. În W.C. Wester, A.H. Smith (ed.), *Clinical Hypnosis : A Multidisciplinary Approach*. Philadelphia : Lippincott.

Wester, W.C., O'Grady, D.J. (1991). *Clinical Hypnosis With Children*. New York : Brunner/Mazzel.

Wester, W.C., Smith, A.H. (ed.). (1984). *Clinical Hypnosis : A Multidisciplinary Approach*. Philadelphia : Lippincott.

Whorwell, P.J. (1991). „Use of hypnotherapy in gastrointestinal disease”. *British Journal of Hospital Medicine*, 45, 27-29.

Whorwell, P.J., Prior, A., Colgan, S.M. (1987). „Hypnotherapy in severe irritable bowel syndrome : Further experience”. *Gut*, 28, 423-425.

Whorwell, P.J., Prior, A., Faragher, E.B. (1984). „Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of severe refractory irritable bowel syndrome”. *Lancet*, 2, 1232-1234.

Wiebe, D.J., McCallum, D.M. (1986). „Health practices and hardiness as mediators in the stress-illness relationship”. *Health Psychology*, 5, 425-438.

Wijesinghe, B.A. (1977). „A case of frigidity treated by short-term hypnotherapy”. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 25, 63-67.

Wild, M., Espie, C. (2004). „The efficacy of hypnosis in the reduction of procedural pain and distress in pediatric oncology : A systematic review”. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 25(3), 207-213.

Wilkinson, J.B. (1988). „Hypnosis in the treatment of asthma”. În M. Heap (ed.), *Hypnosis : Current Clinical, Experimental and Forensic Practices*. Londra : Croom-Helm.

Williams, J.M., Hall, D.W. (1988). „Use of a single session hypnosis for smoking cessation”. *Addictive Behaviors*, 13, 205-208.

Williamson, A. (2002). „Chronic psychosomatic pain alleviated by brief therapy”. *Contemporary Hypnosis*, 19(3), 118-124.

Williamson, A. (2004). „A case of herpetic neuralgia treated with self-hypnosis and imagery”. *Contemporary Hypnosis*, 21(3), 146-149.

Wills, T.A. (1985). „Supportive functions of interpersonal relationships”. În S. Cohen, S.L. Syme (ed.), *Social Support and Health*. Orlando, FL : Academic Press.

Wilson, J.E., Barkham, M. (1994). „A practitioner-scientist approach to psychotherapy process and outcome research”. În P. Clarkson, M. Pokorney (ed.), *The Handbook of Psychotherapy*. Londra : Routledge.

Wilson, S. (2005). „Trial design in hypnotherapy : Does the RCT have a place ? ”. *European Journal of Clinical Hypnosis*, 6(1), 20.

Wincze, J.P., Carey, M.B. (2001). *Sexual Dysfunction : A Guide for Assessment and Treatment*. New York : Guilford Press.

Wolberg, L.R. (1964). *Hypnoanalysis*. New York : Grune & Stratton.

Wolberg, L.R. (1980). *Handbook of Short-Term Psychotherapy*. New York : Thieme-Stratton Inc.

Wright, M.E., Wright, B.A. (1987). *Clinical Practice of Hypnotherapy*. New York : Guilford Press.

Wybraniec, A., Oakley, D.A. (1996). „Dietary restraint, hypnotizability and body image”. *Contemporary Hypnosis*, 13, 150-155.

Yapko, M.D. (1990a). *Trancework : An Introduction To the Practice of Clinical Hypnosis*. New York : Brunner/Mazel.

Yapko, M.D. (1990b). „Responsibility to a fault : A metaphor for over-responsibility”. În D.C. Hammond (ed.), *Handbook of Hypnotic Suggestions and Metaphors*, 320-322. New York : W.W. Norton & Company.

Yehuda, R., Engel, S.M., Brand, S.R., Seckl, J., Marcus, S.M., Berkowittz, G.S. (2005). „Transgenerational effects of posttraumatic stress disorder in babies of mothers exposed to the World Trade Center attacks during pregnancy”. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. Disponibil online la www.jcem.endojournals.org/ şaccesat la 3 mai 2005ţ.

Young, D. (1995). „The use of hypnotherapy in the treatment of eating disorders”. *Contemporary Hypnosis*, 12(2), 148-153.

Yuasa, N. (1966). *The Narrow Road to the Deep North and other Travel Sketches*. Harmondsworth, Middlesex : Penguin Books.

Zeig, J.K. (ed.). (1980). *A Teaching Seminar With Milton H. Erickson*. New York : Brunner/Mazel.

Zeltzer, L., LeBaron, S. (1982). „Hypnosis and nonhypnotic techniques for reduction of painand anxiety during painful procedures in children and adolescents with cancer”. *Journal of Pediatrics*, 101(6), 1032-1035.

Zilbergeld, B., Evans, M. (1980). „The inadequacy of Masters and Johnson”. *Psychology Today*, 14(3), 28-43.

Zilbergeld, B., Hammond, D.C. (1988). „The use of hypnosis in treating desire problems”. În S.R. Leiblum, R.C. Rosen (ed.), *Sexual desire disorders*, 192-225. New York : Guilford.

Zimmerman, J. (1998). „Hypnotic technique for sedation of patients during upper gastrointestinal endoscopy”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 40(4), 284-287.

Zimmerman, J. (2003). „Cleaning up the river : A metaphor for functional digestive disorders”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 45(4), 353-359.

Index

În colecţia **Psihologie clinică şi psihoterapie**

au apărut:

José Guimón – *Introducere în terapiile de grup. Teorii, tehnici, programe*

José Guimón, Béatrice Weber-Rouget – *Terapii scurte de grup. Comportamente şi ilustrări clinice*

Şerban Ionescu – *Paisprezece abordări în psihopatologie*

Şerban Ionescu, Marie-Madeleine Jacquet, Claude Lhote – *Mecanismele de apărare. Teorie şi aspecte clinice*

Daniel Marcelli, Élise Berthaut – *Depresie şi tentative de suicid la adolescenţă*

Mircea Lăzărescu, Aurel Nireştean – *Tulburările de personalitate*

Gavin Andrews, Mark Creamer, Rocco Crino, Caroline Hunt, Lisa Lampe, Andrew Page – *Psihoterapia tulburărilor anxioase. Ghid practic pentru terapeuţi şi pacienţi*

Linda Wilmshurst – *Psihopatologia copilului. Fundamente*

Ovide Fontaine, Philippe Fontaine (coord.) – *Ghid clinic de terapie comportamentală şi cognitivă*

Juliette de Chassey, Sylvie Brignone – *Terapia comportamentală şi cognitivă a tulburărilor de ritm şi fluenţă*

Peter J. Hawkins – *Hipnoza şi stresul. Ghid pentru clinicieni*

în pregătire:

www.polirom.ro

Redactor : Cătălina Popovici
Coperta :
Tehnoredactor : Daniel Scurtu

Bun de tipar : februarie 2009. Apărut : 2009
Editura Polirom, B-dul Carol I nr. 4 • P.O. BOX 266
700506, Iaşi, Tel. & Fax : (0232) 21.41.00 ; (0232) 21.41.11 ;
(0232) 21.74.40 (difuzare) ; E-mail : office@polirom.ro
Bucureşti, B-dul I.C. Brătianu nr. 6, et. 7, ap. 33,
O.P. 37 • P.O. BOX 1-728, 030174
Tel. : (021) 313.89.78 ; E-mail : office.bucuresti@polirom.ro



Str. Bucium nr. 34 Iaşi
tel.: 0232/211225
fax: 0232/211252
office@printmulticolor.ro
www.printmulticolor.ro
SERVICII TIPOGRAFICE COMPLETE